



بنیاد
شهید
و امور
ایثارگران
۱۳۵۸ استان زنجان

همایش ملی فرهنگ ایثار و شهادت

دانشگاه زنجان

سوم خرداد ۱۳۸۹



دانشگاه زنجان

بررسی میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا و همسران ایثارگران^۱

غلامحسین انتصار فومنی*

جواد صالحی**

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا و همسران ایثارگران و نیز تعیین ارتباط میزان سلامت روانی همسران شهدا با فرزندان شهدا و تعیین تفاوت میزان سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگران انجام گرفت. از میان خانواده های ایثارگران استان زنجان، ۲۵۱ نفر از همسران شهدا، فرزندان شهدا و همسران ایثارگران با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی با توجه به نوع ایثارگری و منطقه محل سکونت انتخاب گردیدند. از آزمون SCL۲۵ که آزمون استاندارد است، برای اندازه گیری سلامت روانی استفاده شد. از آزمون های آماری T و R استفاده گردید و این یافته ها بدست آمد:

بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگر تفاوت وجود دارد.

بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و فرزندان شهدا ارتباط وجود ندارد.

۱ این مقاله مستخرج از پژوهشی است که با حمایت سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان زنجان انجام گرفته است

* استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

** استاد یار دانشگاه زنجان

بین سن همسر شهید در زمان شهادت همسر با میزان سلامت روانی آنان ارتباط وجود دارد .

بین میزان سلامت روانی فرزندان شاهد دختر و پسر تفاوت وجود ندارد . پژوهشگر نتیجه گرفت بین میزان سلامت روانی همسران شهدا با فرزندان شهدا ارتباط وجود ندارد . ولی بین سن همسر شهید در زمان شهادت همسر با میزان سلامت روانی آنان ارتباط وجود دارد .

واژگان کلیدی: سلامت روانی ، همسران شهدا ، همسران ایثارگر و فرزندان شهدا

مقدمه

زندگی معمولاً با استرس و فشار روانی همراه است. یک فرد از زمان تولد تا زمان مرگ با استرس‌های مثبت و منفی متعددی که معمولاً زندگی وی را از جهات کمی و کیفی تحت تاثیر قرار می‌دهند، مواجه می‌شود. فیزیولوژیست‌ها، استرس را یک واکنش جسمانی نسبت به محرکات و تغییرات محیطی می‌دانند. روان‌شناسان استرس را ناشی از موقعیت‌های اجتماعی و روانی مختلفی که توانایی ایجاد اختلالات رفتاری و روانی در افراد را دارند، می‌دانند. افراد پس از مواجهه با استرس‌های منفی شدید و مداوم، آمادگی ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مختلف و حتی مرگ را پیدا می‌نمایند. قرار گرفتن طولانی مدت فرد در معرض استرس‌های شدید و منفی به تغییرات مهم فیزیولوژیکی و روانی و بی‌ثباتی محیط داخلی بدن منجر می‌شود. این حالت عدم تعادل در محیط داخلی منجر به ازدیاد علائم و علل بیماری‌های خاص می‌گردد.

جنگ به عنوان یک عامل استرس‌زای شدید واقع‌ای است که در طول تاریخ ایران بارها بر ما تحمیل شده است. جنگ اخیر عراق علیه جمهوری اسلامی ایران یکی از طولانی‌ترین جنگ‌های تحمیل شده بر کشورمان است که با توجه به ماهیت تدافعی،

مردمی و اعتقادی آن جایگاه خاصی در میان سایر جنگ‌ها دارد. هر چند دفاع از ارزش‌های اسلامی و تمامیت ارضی کشور یک وظیفه شرعی و ملی اجتناب ناپذیر محسوب می‌شود. اما هرگز نباید از پیامدهای منفی آن از جمله خسارات جبران ناپذیری که از طریق شهید، مجروح، معلول و مفقود شدن تعداد زیادی از بهترین افراد جامعه (رزمندگان و ایثارگران) به بار آمده غفلت ورزید. یکی از این پیامدهای منفی، عوارض و آثار روانی آن بر روی خانواده‌های ایثارگران می‌باشد. مطالعه فراوانی، انواع و شدت و ضعف آسیب‌های روان شناختی خانواده‌های ایثارگران و کمک به درمان آنها، تاثیر مهمی در سلامت آنان و بهبود زندگی خانوادگی، اجتماعی و شغلی آنان خواهد داشت. فرد آسیب دیده نه تنها خود دچار مشکل خواهد شد، بلکه محیط خانواده نیز به تأثیر از وی در معرض خطر خواهد بود (خاقانی زاده و سیرتی، ۱۳۸۳). کم توجهی به نیازهای دیگر اعضای خانواده بهداشت روانی آنان را نیز به خطر می‌اندازد.

هدف هر جامعه این است که شرایطی را آماده کند تا سلامت اعضای جامعه را تضمین نماید. بهداشت روانی، دارای سه قسمت است. قسمت اول، نگرش‌های مربوط به خود که شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده می‌باشد. قسمت دوم، نگرش‌های مربوط به دیگران، که شامل علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی است. قسمت سوم، نگرش‌های مربوط به زندگی که شامل، پذیرش مسئولیت‌ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی و خوب کار کردن است (ایروانی و نجات، ۱۳۷۸). داوونی^۲، تاناہیل^۳ و تاناہیل (۱۹۹۶) معتقدند بهداشت روانی یعنی توانایی فرد بر رشد استعدادهای خود و استقلال برای توسعه و به منصف رساندن این استعدادها.

^۲. Downie
^۳. Tannahill

آنچه در بهداشت روانی بیش از همه مورد نظر است، احترام به شخصیت و حیثیت انسانی است، و تا هنگامی که حیثیت و احترام فرد برقرار نشود، سلامت فکر و تعادل روان و بهبود روابط انسانی معنی و مفهومی نخواهد داشت (میلانی فر، ۱۳۷۸). قدم نخست در احراز سلامت روانی، دوری از هر نوع اختلال روانی است. یعنی، ابتدا باید بهداشت روانی، همچون سلامت جسمی تأمین شود تا فرد در سایه نداشتن بیماری روانی به تکامل خود بیاندهد. بنابراین، برای تأمین بهداشت روانی لازم است عواملی که بر سر راه رشد و تکامل روانی قرار دارد و ممکن است فرد را به سوی بیماری روانی سوق دهد مشخص و کنترل شود (گروسی فرشی، و مانی، ۱۳۸۳).

خانواده نهادی است که به اعضای خود احساس امنیت و آرامش می‌بخشد و طی هزاران سال پایدارترین و مؤثرترین وسیله حفظ ویژگی‌های فرهنگی و عامل انتقال آنها به نسلهای بعدی بوده است. زندگی مشترک تنها به منظور تأمین و رفع نیازهای مادی، اقتصادی و تداوم نسل نیست بلکه پدید آورنده حس مشترک و تفاهم برای وسعت نگرش و امکان دستیابی به فرصت‌های بیشتر است.

خانواده به عنوان یک سیستم عمل می‌نماید زیرا رفتار اعضای یک خانواده تابعی از رفتار سایر اعضای خانواده است. در صورت بروز مشکل در رفتار و حالات یکی از اعضا، تعادل خانواده بهم خورده و سیستم خانواده برای حفظ تعادل مجبور است که وارد عمل شود. تاثیر عضوی از خانواده بر روی عضو دیگر خانواده بدیهی و روشن است. بطوری که امکان ندارد در یک خانواده شخصی دچار مشکل شود و این مشکل بر دیگر اعضای خانواده تاثیر نگذارد.

وجود یک فرد دردمند در خانواده سایر اعضای خانواده را نیز در وضع ناراحت کننده ای قرار می‌دهد و ممکن است آنها را نیز دچار تعارض و کشمکش روانی کند (هابرمن^۴، ۲۰۰۰). اختلال روانی به عنوان حادثه ای تنش زا می‌تواند بحرانها را در خانواده تسریع و تشدید کند و انرژی و منابع در دسترس خانواده را از بین ببرد، پیوند میان بیمار و دیگر اعضای خانواده را تضعیف نموده باعث بروز بحران در ساختار خانواده شود. مارتنز^۵ و ادینگتون^۶ (۲۰۰۱) نشان دادند که اعضای خانواده افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به طور معنی داری استرس ناشی از زندگی با بیمار را داشتند. کالهن^۷، بکلیم^۸ و باسورد^۹ (۲۰۰۲) نیز دریافتند که فشار روانی همسران رزمندگان مبتلا به PTSD بیش از اطرافیان است.

همسران منابع حمایت کننده دو جانبه عاطفی و نفسانی از یکدیگر هستند. حمایت از همسر باعث والدگری مسئولانه و کارآمد، هم در پدران و هم در مادران می‌شود. پارسونز معتقد است که پدران در مقایسه با مادران هدفگراتر هستند (لمب، ۲۰۰۴)،

پسرانی که پدران شان در مورد آنها خوش برخورد و پذیرا هستند از لحاظ شناختی برتر می‌باشند. پدران مسلط و آزادمنش انگیزه موفقیت را هم در پسران و هم در دختران خود تقویت می‌کنند. تشویق‌های پدران همبستگی قابل توجهی با موفقیت‌های آینده فرزندان دارد؛ در عین حال پسران، در مقایسه با دختران، حساسیت کمتری نسبت به فشارهای محافظه کارانه اعمال شده از سوی مادران دارند .

وجود روابط ایمن و قابل اعتماد بین پدر و فرزند توانایی برقراری ارتباط مثبت با دیگران را پرورش می‌دهد. گرمی رابطه پدر و پسر ارتباط مثبتی با کفایت اجتماعی پسر

^۴. Haberman

^۵. Martens

^۶. Addington

^۷. Calhoun

^۸. Beclhim

^۹ Bosword

در آینده دارد. گرمی و صمیمیت این رابطه همچنین با عزت نفس و سازگاری شخصیت پسر نیز ارتباط دارد. در مورد دختران نیز مهرورزی پدر با سازگاری و شادکامی در روابط جنسی آینده مرتبط است و روابط سرد با ناسازگاری ارتباط دارد.

معلوم شده است نوجوانانی که از پدران‌شان رضایت دارند در جنبه‌های مختلف زندگی سازگاری بهتری نشان می‌دهند. وجود آشفتگی در روابط پدر و کودک و شکست کودک در همانند سازی با والد همجنس می‌تواند باعث بروز اختلالات روانی شود (لمب، ۲۰۰۴).

البته باید توجه داشت که هر دو والد در سازگاری روانی کودک سهم هستند. بزرگسالانی که دارای بهترین سازگاری در زندگی بوده‌اند، کسانی هستند که در کودکی روابط گرمی با پدران و مادران کارآمد، در بافتی از یک رابطه زناشویی شاد داشته‌اند. هر کدام از مشکلات شدید و مزمن جانبازان و رزمندگان می‌تواند به عنوان منبعی برای استرس عمل کرده به بروز افسردگی در اعضای خانواده منجر شود. چنین وضعی بر انسجام خانواده تأثیر سوء گذاشته منجر به بروز مشکلات روانی و اجتماعی می‌شود، و حتی گاهی باعث بروز ابهام و تضاد در ایفای نقش‌های خانوادگی می‌گردد. روابط اعضای خانواده با همدیگر همچون حلقه‌های زنجیر تو در تویی است که آسیب دیدگی یکی از آنها می‌تواند بر تمامی اعضا اثر بگذارد و اعضای خانواده یک جانباز، به ویژه همسر او که با عوامل فشارزای ویژه ای مواجه بوده همزمان مجبور به ایفای نقش‌های مختلفی است، نیز از این قاعده مستثنی نیستند (یمینی نیا، ۱۳۸۰).

یک پدر به سه دلیل ممکن است قادر به ایفای نقش پدرانه خود نباشد: غیبت دائم (مثلاً به علت مرگ یا طلاق)، غیبت موقت (مثلاً به علت مسافرت یا اسارت)، و اختلال در ایفای نقش (مثلاً به علت معلولیت یا جانبازی موثر). در هر حال، حذف یا کاهش اقتدار

پدر بلافاصله اثرات نامطلوبی در خانواده بر جای می‌گذارد، و علاوه بر این، اثرات مخرب با تأخیری نیز در پی خواهد داشت (رضاییان و محمدی، ۱۳۷۹). با وجود آن که بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند وجود مادر می‌تواند اثرات نامطلوب کاهش اقتدار پدر بر فرزندان را خنثی کند، اما در مورد همسران جانبازان دچار آسیب‌های روانشناختی که خود عمدتاً از افسردگی رنج می‌برند این امر چندان صادق نیست. به گزارش جیمز^{۱۰}، ویکس^{۱۱} و وورلند^{۱۲} (۱۹۸۳) این گونه مادران نه تنها قادر به ایفای نقش خود به عنوان تعدیل‌کننده اثرات منفی وجود پدر دارای مشکلات روانشناختی بر فرزندان نیستند، بلکه افسردگی، مشکلات رفتاری و هیجانی با فرزندان، کاهش انگیزه، کاهش ثبات در رفتار، و ارتباط کلامی منفی‌تر با فرزندان ارتباط دارد. در مطالعه‌ای که مسکینی و سرده‌ای (۱۳۸۱) بر روی ۵۰ نفر از همسران جانبازان و ۵۰ نفر از همسران افراد غیرجانباز، به عنوان گروه کنترل انجام دادند، معلوم شد که میانگین میزان افسردگی در همسران جانبازان به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. دیویدسون^{۱۳} و ملور^{۱۴} (۲۰۰۱) گزارش داده‌اند که خانواده‌های نظامیان بازگشته از جنگ ویتنام که مبتلا به PTSD بوده‌اند، در مقایسه با خانواده‌های نظامیانی که دچار این اختلال نبوده‌اند، دارای سطوح بالاتری از مشکلات عمیق در سازگاری خانوادگی و زناشویی، مهارت‌های والدگری، و وجود رفتارهای خصمانه بودند. وجود مشکلات روانشناختی در پدر می‌تواند منجر به بروز اختلال در عملکرد خانواده، و ایجاد علایمی شبیه علایم و اختلالات والد آسیب‌دیده در فرزندان شود.

^{۱۰}.James

^{۱۱}.Weeks

^{۱۲}.Worland

^{۱۳}.Davidson

^{۱۴}.Mellor

بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲) نشان داد که ۲۸/۹ درصد از همسران رزمندگان بر اساس آزمون بک دارای افسردگی شدید و عمیق بودند. در همسران دارای افسردگی عمیق افکار خودکشی، یأس و ناامیدی و افت عملکرد به طور وسیع دیده می‌شد، به نحوی که بیش از ۵۰ درصد آنها دارای اشتغالات فکری مربوط به مرگ بودند. قابل توجه آنکه آزمون GHQ ۸۶/۷ درصد از همسران جانبازان را مشکوک به عدم سلامت روانی نشان داد. در مجموع این پژوهش ۷/۶ درصد از همسران جانبازان را سالم و ۹۲/۴ درصد را مشکوک به عدم سلامت روانی معرفی کرد، آزمون بک نیز ۳/۷ درصد را سالم و ۹۶/۳ درصد از آنها را دچار درجات مختلف افسردگی (از مرزی تا عمیق) نشان داد.

از مصاحبه با نظامیان آمریکایی که پس از جنگ کره از اردوگاههای اسارت آزاد شده بودند معلوم شد که تقریباً همه آنها در خلال دوران اسارت، مدت زمانی دستخوش احساسات کناره گیری و بی تفاوتی بوده اند (نریمانی مستعلی بیگلر، ۱۳۷۱). اسارت می‌تواند هرج و مرج را در سیستم خانواده افزایش دهد و خانواده را بیش از پیش دچار از هم گسیختگی کند. یک پدر هر چند ممکن است در خانواده عملکرد ضعیفی داشته باشد، اما اگر بر اثر اسارت از خانواده دور شود، تاثیر مخربی بر نظام خانواده بر جای خواهد گذاشت. اسارت می‌تواند باعث ایجاد ترس از تنها رها شدن در کسانی که در خانه مانده‌اند و نیز کسانی که در اسارت است شود. بدون تردید همسران اسرا بشتین لطمات و آسیب‌های جسمی، روانی، عاطفی و اقتصادی را تحمل می‌نمایند و بسیاری از آنان توان مقاومت در برابر این همه فشار را ندارند. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤالات است که:

آیا بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و میزان سلامت روانی همسران ایشارگر تفاوت وجود دارد؟

آیا بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و میزان سلامت روانی فرزندان شهدا ارتباط وجود دارد؟

آیا بین سن همسر شهید در زمان شهادت همسر با میزان سلامت روانی آنان ارتباط وجود دارد؟

آیا بین میزان سلامت روانی فرزندان شاهد دختر و پسر تفاوت وجود دارد؟ پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا و همسران ایثارگران و نیز تعیین ارتباط میزان سلامت روانی همسران شهدا با فرزندان شهدا و تعیین تفاوت میزان سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگران انجام گرفت.

فرضیه‌های تحقیق

۱- بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و میزان سلامت روانی همسران ایثارگر تفاوت وجود دارد.

۲- بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و میزان سلامت روانی فرزندان شهدا ارتباط وجود دارد.

۳- بین سن همسر شهید در زمان شهادت همسر با میزان سلامت روانی آنان ارتباط وجود دارد.

۴- بین میزان سلامت روانی فرزندان شاهد دختر و پسر تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه خانواده‌های ایثارگران که در سال ۱۳۸۶ در استان زنجان ساکن بودند. حجم نمونه از طریق جدول مورگان ۲۵۱ نفر برآورد گردید که برای نمونه‌گیری از روش طبقه‌ای تصادفی استفاده شد. برای اندازه‌گیری میزان سلامت روانی خانواده‌های ایثارگران از آزمون SCL-۲۵ استفاده شد. هر چند قبلاً

روایی و پایایی ابزار اندازه گیری تعیین و مشخص شده بود. اعتبار آزمون ۲۵-SCL از طریق محاسبه همسانی درونی و ضرایب باز آزمایی در نمونه مونث ۹۷٪ و در نمونه مذکر ۹۸٪ بدست آمده بود (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). اما مجدداً متخصصان روایی صوری و محتوایی آن را مورد تایید قرار دادند. برای تعیین پایایی، پرسشنامه‌ها بر روی ۱۵ نفر از خانواده‌های ایثارگران با فاصله زمانی یک هفته‌ای دوبار اجرا گردید و ضریب پایایی $R = 0/87$ بدست آمد.

برای جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه توسط مجریان و پرسشگران آموزش دیده به خانواده‌های ایثارگران داده شد که بدون کمک گرفتن از دیگران با دقت سوالات پرسشنامه را مطالعه کرده و سپس گزینه مورد نظر خود را از میان گزینه‌های پیشنهادی انتخاب نمایند. برای آزمون فرضیه‌ها از روش همبستگی و آزمون T استفاده شد.

یافته ها :

در ذیل جداول پراکندگی تعداد اعضای نمونه آماری، نتایج اجرای آزمون T برای مقایسه میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا، همسر ایثارگر و نتایج اجرای آزمون همبستگی سلامت روانی همسران شهدا با فرزندان شهدا و سن همسر شهید در زمان شهادت همسر با سلامت روانی آنان آورده شده است.

جدول ۱ - پراکندگی تعداد اعضای نمونه آماری با توجه به نسبت شهرها و متغیرها

شهرها	همسر شهید	همسر ایثارگر	فرزند شهید	جمع
خرمدره	۵	۷	۵	۱۷
ابهر	۱۷	۱۹	۱۷	۵۳

۴۱	۴	۱۹	۱۸	خدابنده
۱۴۰	۳۶	۲۰	۸۴	زنجان
۲۵۱	۶۲	۶۵	۱۲۴	جمع

جدول ۲ - نتایج اجرای آزمون T برای مقایسه میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا، همسر آزاده، همسر جانباز

Sig.	T	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	خانواده‌های ایثارگران
۰/۰۲	۲/۲۶	۰/۶۶	۱۱۸	۱/۰۲	همسر شهید
		۰/۶۸	۶۴	۱/۲۵	همسر ایثارگر (همسر آزاده و همسر جانباز)
۰/۸۳	۰/۲۱	۰/۶۱	۲۵	۰/۹۴	دختر شهید
		۰/۶۵	۳۱	۰/۹۰	پسر شهید
		۰/۶۳	۵۶	۰/۹۲	فرزند شهید
		۰/۷۹	۹	۱/۴۰	همسر آزاده
		۰/۶۶	۵۵	۱/۲۳	همسر جانباز

چون t محاسبه شده بین میانگین سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگران بزرگتر از t جدول $P < ۰/۰۵$ است. بنابراین می‌توان گفت بین سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگران تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از طرف دیگر چون t محاسبه شده بین میانگین سلامت روانی دختران و پسران شاهد کوچکتر از t جدول $P > ۰/۰۵$ است. بنابراین می‌توان گفت بین سلامت روانی دختران و پسران شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳ - نتایج اجرای آزمون همبستگی سلامت روانی همسران شهدا با فرزندان شهدا و سن همسر شهید در زمان شهادت همسر با سلامت روانی آنان

موضوع	میزان همبستگی با	Sig	تعداد
-------	------------------	-----	-------

		سلامت روانی همسران شهدا	
۶۳	۰/۱۵۸	۰/۱۲۸	سلامت روانی فرزندان شهدا
۵۸	۰/۰۰۱	(**)۰/۴۲۱	سن در زمان شهادت همسر

ضریب همبستگی محاسبه شده ($r=0/128$) نشان می‌دهد بین سلامت روانی همسران شهدا و فرزندان شهدا ارتباط وجود ندارد. همچنین ضریب همبستگی محاسبه شده ($r=0/421$) نشان می‌دهد بین سن در زمان شهادت همسر با سلامت روانی آنان در سطح $0/001$ ارتباط معنی‌داری وجود دارد. یعنی هر قدر سن همسر شهید در زمان شهادت همسر کمتر بود میزان سلامت روانی آنان بیشتر می‌باشد و بالعکس.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان ارتباط سلامت روانی همسران شهدا با سلامت روانی فرزندان شهدا و نیز تعیین تفاوت میزان سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگران انجام گرفت.

همانگونه که نتایج پژوهش نشان داد بین میزان سلامت روانی همسران شهدا و همسران ایثارگران تفاوت معنی‌داری وجود دارد که با یافته بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲)، مسکینی و سردره‌ای (۱۳۸۱)، کالهن، بکلیم و باسورد (۲۰۰۲) و دیویدسون و ملور (۲۰۰۱) انطباق دارد، هر چند میزان اختلالات رفتاری که ایشان ذکر کرده اند به مراتب بیشتر از میزان اختلالات رفتاری است که بدست آمده است. اعضای خانواده یک ایثارگر، به ویژه همسر او که با عوامل فشارزای ویژه‌ای مواجه بوده و همزمان مجبور به ایفای نقش‌های مختلفی است، دارای سطوح بالاتری از مشکلات رفتاری خواهد بود.

بین میزان سلامت روانی همسران شهدا با سلامت روانی فرزندان شهدا ارتباط وجود ندارد. هر چند همسران شهدا استرس و مشکلات فراوانی داشتند اما با تدابیر و

راهبردهای مناسب، آن عوامل فشارزا را به فرزندان خود منتقل نکردند. همسران شهدا قادر به ایفای نقش خود به عنوان تعدیل کننده اثرات منفی عدم وجود پدر بر فرزندان هستند. همچنین توجه، احترام و حمایت های مردم و سازمان ها و ادارات مختلف از فرزندان و همسران معزز شهدا، اعتقادات دینی و مذهبی آنان، وجود نگرش مثبت نسبت به شهادت و اعتقادات مذهبی سبب می شود که فقدان پدر برای فرزندان، و از دست دادن همسر برای مادر کمتر آسیب زا باشد و عوامل دیگر سبب عدم ارتباط بین سلامت روانی همسران شهدا با سلامت روانی فرزندان شهدا شده است. لازم است بدانیم که میانگین سلامت روانی هر دو گروه همسران شهدا و فرزندان شهدا کمتر از یک می باشند و سالم هستند.

بین سن در زمان شهادت همسر با سلامت روانی آنان ارتباط معنی داری وجود دارد. این یافته پژوهشی را می توان بر اساس ویژگی مذهبی بودن و حاکمیت روحیه اعتقادی بر رزمندگان ایرانی و خانواده های آنان تبیین نمود. از میان شیوه های مختلف سازگاری با استرس، روش سازگاری دینی از اهمیت زیادی در سازگاری جسمی و روانی برخوردار است. به باور بسیاری از متخصصان بالینی عوامل مذهبی درونی دارای اثرات اجتماعی، فرهنگی، روانی، بدنی و خانوادگی بر زندگی فرد است (الیسون و لوین، ۱۹۹۸).

تقویت اعتقادات مذهبی در تمامی مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری کننده جهت کاهش اختلال های روانی است. اعتقادات مذهبی بر روی عملکرد انسان تأثیر مثبتی دارند، بدین طریق اعمال مذهبی گاه به عنوان تخفیف دهنده اضطراب، احساس گناه، افسردگی، رفع احساس ناامنی و غیره به کار می روند. عملکردهای مذهبی، نظیر حضور در اماکن مذهبی، خواندن کتب مقدس، و شرکت در فعالیتهای دینی با بهداشت روانی همبستگی مثبت دارند. اعتقادات مذهبی علاوه بر تأثیر بر بهداشت روان، می توانند

زمینه‌ساز برخی ویژگی‌های شخصیتی و خلقی در افراد باشند، که از جمله آنها می‌توان به تأثیر آن بر منبع کنترل افراد اشاره کرد. مفهوم منبع کنترل، به توانایی آسان در کنترل شرایط و رویدادهای محیطی معطوف می‌گردد. بر اساس این نظریه افراد به دو دسته تقسیم می‌شوند: یکی، افراد دارای منبع کنترل درونی که خود را بر احساسات، رفتار و شرایط زندگی خود مسلط دانسته در تغییر و اصلاح آن فعالانه می‌کوشند. این افراد موفقیتها و شکست‌های خود را به عوامل درونی خود نسبت می‌دهند. آنها در مقابل رویدادهای زندگی از موضع برتر و فعالانه‌تری برخوردارند و دارای اعتماد به نفس بیشتری هستند. دوم، افراد دارای منبع کنترل بیرونی که خود را مسلط بر شرایط و رویدادهای زندگی ندانسته و حوادث زندگی خود را به عوامل بیرونی از قبیل شانس، سرنوشت و قدرت دیگران نسبت می‌دهند. این افراد کمتر بر توانمندی‌ها و تلاش‌های خود متکی بوده از اعتماد به نفس پایین‌تر، و در مقابل رویدادهای زندگی از موضعی انفعال‌پذیر برخوردارند. نتایج تحقیق ابراهیمی و نصیری (۱۳۷۵)، عظیمی و نوغانی (۱۳۷۹)، عمران نسب و روشن نژاد (۱۳۷۹)، سردار پور و همکارانش (۱۳۸۳)، گله‌دار و جوادی (۱۳۸۳)، صالحی و همکاران (۱۳۸۶)، میرهاشمیان (۱۳۷۸) و شجاعی‌زاده و اسلامی (۱۳۷۹) حاکی از نقش مثبت عملکرد مذهبی در معیارهای سلامت روانی است.

همانگونه که نتایج پژوهش نشان داد بین میزان سلامت روانی فرزندان دختر و پسر شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته مغایر با نتایج پژوهش‌های قبلی است، به عنوان مثال، کرامتی، مرادی و کساوه (۱۳۸۴) گزارش کرده‌اند که فرزندان دختر خانواده‌های شاهد از نظر سلامت روانی وضعیت بهتری نسبت به فرزندان پسر این خانواده‌ها دارند.

در توجیه این یافته پژوهش شاید بتوان عامل زمان را دخیل دانست. با توجه به آنکه از زمان شهادت پدر فرزندان شهدای نمونه گیری شده در این پژوهش حداقل ۲۰ سال می‌گذرد (تصادفاً هیچ کدام از فرزندان نمونه گیری شده از فرزندان جانبازان شهید شده در دوران پس از جنگ نبودند) و این فرزندان در حال حاضر حداقل ۲۰ سال سن دارند ممکن است هر گونه اثرات ناشی از شهادت پدر بر پسرها تا کنون از بین رفته باشد. وجود نگرش مثبت نسبت به شهادت و اعتقادات مذهبی سبب می‌شود که فقدان پدر برای فرزندان، کمتر آسیب‌زا باشد و تا حدودی موجبات تسلی خاطر آنها فراهم شود، البته کاملاً هم بدون تاثیر نخواهد بود. لازم است بدانیم که میانگین سلامت روانی هر دو گروه دختران شهدا و پسران شهدا کمتر از یک می‌باشند و سالم هستند.

پیشنهادهات

- مراکز مشاوره فعالی برای کمک و ارائه خدمات به خانواده‌های ایثارگران و خانواده‌های شاهد اختصاص داده شود. یکی از مسئولیت‌های این گونه مراکز آگاه سازی همسران شهدا در مورد حساسیت و تأثیر پذیری بیشتر پسران شان نسبت به فقدان پدر خواهد بود. این مراکز می‌توانند به مادران آموزش‌هایی ارائه دهند که بتوانند با پسران شان به گونه‌ای رفتار کنند که فقدان پدر را کمتر احساس کنند و احیاناً در صورت ازدواج مجدد در ایجاد رابطه عاطفی مناسب میان آنها و ناپدیری شان بکوشند.
- فعال نمودن دفتر مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران برای کمک و درمان مشکلات رفتاری تعدادی از همسران ایثارگر.

محدودیت‌ها

- عدم همکاری تعدادی از ایثارگران زنجان با پرسشگران در مورد ارائه اطلاعات (تکمیل پرسشنامه).

- استفاده از پرسشگران متعدد برای جمع‌آوری اطلاعات در منطقه زنجان، زیرا تعدادی از پرسشگران بدلیل عدم همکاری ایثارگران، به فعالیت خود ادامه نمی‌دادند.

- در منابع خارجی واژه شهادت به معنی که در فرهنگ اسلامی جامعه یافت می‌شود، وجود ندارد بلکه کشته شدن در جنگ طرح می‌شود به همین دلیل پیشنهادهایی که با مفهوم فرهنگ اسلامی جامعه ما انطباق داشته باشد، یافت نگردید.

منابع:

- ابراهیمی، امراله و نصیری، حمید. (۱۳۷۶). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای مذهبی آنها. اولین همایش بین المللی دین در بهداشت روانی.
- اسلامی، احمد علی، شجاعی زاده، داوود و وکیلی، محمد (۱۳۸). بررسی میزان افسردگی و رابطه‌ی آن با نگرش مذهبی بودن در دانشجویان پزشکی در سال تحصیلی ۷۸-۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، شماره ۴۳، صص: ۳۹-۴۵.
- ایروانی، محمود، و نجات، حمید. (۱۳۷۸). مفهوم سلامت روان در مکاتب روانشناسی. اصول بهداشت روانی، سال اول، شماره ۳.
- بحرینیان سید عبدالمجید، برهانی حسین. (۱۳۸۲). بررسی بهداشت روان در یک جمعیت از جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم. پژوهش در پزشکی، سال ۲۷، شماره ۴.
- حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی اصول بهداشت روانی، روان درمانی و برنامه ریزی در مکتب اسلام. مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- خاقانی زاده، مرتضی، و سیرتی، مسعود. (۱۳۸۳). تاثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در تشدید علایم روان پزشکی جانبازان اعصاب و روان. طب نظامی، شماره ۶.
- رضائیان حمید و محمدی محمدرضا. (۱۳۷۹) بررسی میزان اختلالات رفتاری در فرزندان شهدا، مجروحین جسمی و روانی جنگ تحمیلی. مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ، گلپان.

- سردارپور گودرزی ، شاهرخ و همکاران.(۱۳۸۳). روزه داری در ماه مبارک رمضان و سلامت روانی. اندیشه و رفتار . (۲ پیاپی ۳۰) : ۲۶ - ۳۲.
- صالحی، بهرام و پیر هادی، مرتضی (۱۳۸۱)، بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان ورودی مهر ماه ۱۳۷۹ دانشگاه علوم پزشکی اراک، صفحه ۴۶-۴۱.
- عظیمی . ح و ضرغامی ، م . (۱۳۷۹) . بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران . مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، بهار ۱۳۸۱ ؛ ۱۲ (۳۴) : ۳۷ - ۴۶.
- کرامتی هادی، مرادی علیرضا، کاوه منیژه.(۱۳۷۴). بررسی و مقایسه کارکرد خانواده و سیمای روان شناختی فرزندان شاهد. نوآوری‌های آموزشی: ۴(۱۱):۵۷-۷۵.
- گروسی فرشی، میر تقی، و مانی، آرش. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان شرکت پالایش نفت تبریز. دانشور رفتار، سال ۱۱، شماره ۴ .
- گله دار، نسرين و جوادی،مصطفی . (۱۳۸۵) . تأثیر قرآن بر کاهش اضطراب دانشجویان . ویژه نامه آموزش پزشکی .
- مسکینی علی، سر دره‌ای اسماعیل. (۱۳۸۱). مقایسه میزان افسردگی در خانواده‌های جانبازان انقلاب اسلامی مبتلا به اختلالات استرس ضایعه. خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ...
- میرهاشمیان ، حمیرا. (۱۳۷۸) . تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل گیری منبع کنترل و نیم رخ روانی دانشجویان دانشگاه های تهران. تهران :انتشارات دانشگاه اسلامی ، شماره ۸، صفحات ۶۹ تا ۸۰

- میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. نشر قدس، چاپ هفتم.
- نریمانی مستعلی بیگلر، محمد. (۱۳۷۱). بررسی افسردگی در آزادگان. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- یمینی نیا، نسرین. (۱۳۸۰). بررسی صفات شخصیتی همسران قطع نخاع و اعصاب و روان و همسران افراد بدون آسیب. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.
- Cathoun P.S. Beclhim J.C. Bosword H.B. (۲۰۰۲). Cargiver burden and psychological distress in Parthers of veterans with chronic post traumatic stress disorder. *Journal of Trauma Stress disorder* , ۱۵: ۲۰۵-۲۱۲.
- Davidson A.C., Mellor , D.J. (۲۰۰۱). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war – related traumas? *Aust NZJ Psychiatry*, ۳۵ (۳).
- Downie R. S., Tannahill, C., Tannahill, A. (۱۹۹۶). *Health promotion: models and values*. Oxford university press.
- Haberman, N. B. (۲۰۰۰). Spousal perspective of Parkinson’s disease in middle life. *Advance Nursing*: ۳۱.
- James , C.L., Weeks, D.G., Weeks , D.G., and Worland, J. (۱۹۸۳). School behavior . *J Nerve ment Dis* : ۱۴۱ (۴).
- Lamb, M.E. (۲۰۰۴). *The role of the father in child deveopment*. Hoboken, Nj: john wiley & sons.
- Ellison , C. G; Levin , J. S. (۱۹۹۸). *The religion-health connection: evidence, theory, and future directions*. *Health education & behavior* : the official publication of the Society for Public Health Education ; ۲۵(۶):۷۰۰-۲۰.
- Martens L., Addington J. (۲۰۰۱). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social psychiatry, psychiatric epidemiology*, ۳۶:۱۲۸-۱۳۳.
- Wiener, J.M. (۱۹۹۷). *Textbook of child and adolescent Psychiatry*. ۲nd ed. American psychiatric press.