

«فصلنامه علوم تربیتی»

سال چهارم - شماره ۱۶ - زمستان ۱۳۹۰

ص. ۶۷ - ۵۱

بررسی رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز

دکتر علی‌نقی اقدسی^۱
روح انگیز عیدی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای در جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز است که تعداد آنها ۴۰ نفر می‌باشد. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) فرم ۲۸ سؤالی و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نمره ۱۹ انجام شده است. برای توصیف یافته‌ها از فراوانی و درصد و برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب رگرسیون استفاده شده است. به طور کلی نتایج تحقیق نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای «هیجان‌مدار» و «مسأله‌مدار» توسط جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز را نمی‌توان از طریق متغیرهای: سلامت روانی، اختلال جسمانی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی آنها پیش‌بینی کرد و باید به دنبال عوامل دیگری به غیر از عوامل یاد شده بود. اما استفاده از این دو سبک (هیجان‌مدار و مسأله‌مدار) از طریق متغیر «افسردگی» قابل پیش‌بینی است.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، راهبردهای مقابله‌ای، جانبازان قطع نخاع.

۱. استادیار گروه روانشناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد تبریز، تبریز، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی.

مقدمه

سلامتی موهبتی است الهی که تمام افراد بشر به طور نسبی از آن برخوردارند و با تکیه بر آن به انجام امور زندگی روزمره می‌پردازند. عاملی که در حوزه‌های مختلف زندگی همچون تحصیلات، شغل، روابط بین فردی کار گروهی و... نقش مؤثری ایفاء می‌کند و وجود نقصان یا کاستی در آن باعث از کار افتادگی نسبی تا کامل می‌گردد. سلامتی دارای ابعاد مختلف و متعددی است که از آن جمله می‌توان به سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، هیجان و... اشاره کرد.

میزان سلامتی افراد تا حد زیادی وابسته به ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد آنان در موقعیت‌های مختلف اجتماعی است طرز برخورد فرد با مسائل و مشکلاتی که برایش اتفاق می‌افتد، نگرش فرد نسبت به آن‌ها و میزان استفاده مفید و مؤثر از امکانات فردی و اجتماعی برای رسیدن به حالتی مطلوب و خوشایند رابطه‌ی مستقیم با سلامت عمومی دارد (زارغان، ۱۳۸۳).

هر فرد با توجه به ویژگی‌های فردی و اجتماعی خود سبک و الگوی مشخصی برای رویارویی و مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی دارد و به طریق ویژه‌ای با استرس‌های زندگی کنار می‌آید. بدیهی است هر یک از این سبک‌های مقابله‌ای و روش‌های حل مسأله، درجات کارآمدی متفاوتی دارند و تأثیر خاص خود را بر سلامت عمومی افراد اعمال می‌کنند (همان منبع).

انواع ناتوانی‌های جسمی و روحی ناشی از بیماری‌های جسمی و ایجاد نقص عضو جسمانی به دلیل حوادثی چون تصادف، بیماری و ... امکان ایفاء کامل و صحیح نقش را از افراد می‌گیرد که می‌تواند مشکلاتی برای ادامه زندگی پدید آورد و زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

حوادث و تروماتیک زندگی مانند جنگ، شخصیت وحدت یافته‌ی فرد را به طور منظم و مجموعه‌ای تحت تأثیر قرار داده، سطوح در هم بافته کنش‌های روان‌شناختی انسان را مورد حمله قرار می‌دهند.

جانبازان با شدیدترین تنیدگی‌ها روبرو بوده‌اند و گروهی از آنان علاوه بر تنیدگی‌های شدید مربوط به حضور در میدان‌های جنگ، تنیدگی‌ها ناشی از آسیب و نقص جسمانی ایجاد شده در جنگ را تا پایان عمر به همراه دارند که خود باعث ایجاد اختلالاتی در سازگاری آنها می‌گردد (میتنی صدر، ۱۳۷۰).

بنابراین مشکلات شدید جسمی، نظیر محدودیت‌های حسی و حرکتی، تنها مشکل افراد ضایعه نخاعی نیست، بلکه پیامدهای روان‌شناختی ناشی از ضایعه که به دنبال تغییر الگوی زندگی آن‌ها ایجاد می‌شود از خود ضایعه نگران‌کننده‌تر است (ابراهیمی، ۱۳۷۶).

معلولیت ناشی از قطع نخاع در جانبازان، یکی از مواردی است که در بسیاری مواقع کل خانواده، را متأثر می‌سازد و بر انسجام آن اثر نامطلوب گذاشته، چه بسا موجب بروز ابهام و تضاد در ایفاء نقش‌های خانوادگی می‌گردد (میتنی صدر، ۱۳۷۰).

علاوه بر این نورث^۱ (۱۹۹۹) و لافام^۲ رندلو^۳ (۱۹۹۹) در مطالعه آسیب‌های ناشی از قطع نخاع دریافتند که تغییرات قابل توجه در زندگی، عدم سازگاری، خستگی و آشفتگی در اعضای خانواده به وضوح مشاهده می‌شود.

یکی از مؤلفه‌های اساسی بهداشت روانی مهارت‌های مقابله‌ای است، روش مقابله با این استرس‌ها نزد افراد متفاوت است. بعضی از واکنش‌ها سازگارانه هستند و فرد را به سوی یک وضع تعادل بیشتر و کاهش فشارهای کلی سوق می‌دهند و بعضی دیگر از واکنش‌ها ناسازگارانه بوده و نه تنها فشار روانی را به طور مؤثری کاهش نمی‌دهند، بلکه مشکلات ثانوی بیشتری را به وجود می‌آورند و تأثیر منفی بر وضع آتی فرد دارند (صیادی، ۱۳۸۸).

طبیعی است که انسان برای مقابله با مسائل و مشکلات و تعارض‌های زندگی به کارکردهای مختلف و متنوعی نیاز دارد که متناسب با مسائل بتواند برخوردی منطقی و آینده‌نگرانه با کمترین عوارض احتمال داشته باشد.

آموزش بهداشت روانی موجب افزایش «ظرفیت شناختی» اشخاص می‌شود. ظرفیت شناختی عبارت است از توانایی شخص در مواجهه با انتظارات و سختی‌های زندگی روزمره است. هر قدر این ظرفیت بیشتر باشد به همان اندازه شخص بهتر خواهد توانست سلامت روانی _ رفتاری خود را در سطح بهتری نگاه دارد و با شیوه‌های مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات بپردازد.

سلامت روانی جانبازان قطع نخاع توسط خود حادثه‌ای که روی داده و استرس‌های ناشی از شرایط جسمانی فرد مورد تحدید قرار می‌گیرد. عوارض جسمی و روانی ناشی از آسیب‌های نخاعی به دلیل محدودیت‌های خاصی که برای افراد ایجاد می‌کند، سبب کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. از جمله تغییراتی که پس از حادثه آسیب نخاعی، زندگی بیمار دست‌خوش تغییرات عمیقی می‌شود عبارت است از: استفاده از صندلی چرخدار، ناتوانی در استفاده بسیاری از اعضاء بدن، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، ناتوانی جسمی ادرار و مدفوع، ناتوانی جسمی، ناباروری، عدم امکان استفاده از لذات زندگی، ناسازگاری محیط اجتماع با طبیعت وی، برخوردهای نسنجیده اطرافیان (سازمان امور جانبازان، ۱۳۸۱).

با توجه به جنبه‌های مختلف جسمی و فیزیکی جانبازان، این فاجعه جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز دارد که جانکاه‌تر از خسارت فیزیکی و جسمانی آن هستند.

1. North
2. Rand lovn
3. Lapham

در مطالعات ایبوت و همکاران او در مورد نحوه و میزان سازگاری افراد مبتلا به ضایعه نخاعی مشاهده شد که منابع و توانمندی‌های روانی و جسمانی فرد در سازگاری با محیط، پس از ضایعه، نقش مهمی ایفا می‌کنند (به نقل از امیری و همکاران، ۱۳۸۶).

همچنین نتایج پژوهش نامداری (۱۳۶۷) نشان داد که مهمترین مشکلات جانبازان در روابط میان فردی، مشکلات بدنی و پیامدهای آن، عدم درک برخی افراد جامعه از شرایط معلول جنگی مسائل مربوط به شغل و ازدواج بوده است.

همچنین این بررسی نشان داد که جانبازان قطع نخاعی بیشترین نشانه‌ها و میزان افسردگی را داشتند. همچنین با گروهی که کمترین میزان افسردگی را نشان دادند از نظر سبک مقابله و پیامدهای افسردگی تفاوت معنی‌دار داشتند.

الگوی مقابله‌ای جانبازانی که دارای کمترین نشانه‌های افسردگی بودند، بیشتر روش‌های متمرکز بر مسأله و برخی روش‌های سودمند متمرکز بر عاطفه بود.

برجسته‌ترین روش‌های مقابله‌ای آنها عبارت از روی آوردن به مذهب، مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی، تفسیر مثبت، خویشن‌داری، جستجوی حمایت عاطفی بود.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این تحقیق عبارت است از کلیه جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز که در سازمان امور ایثارگران و جانبازان این شهرستان دارای پرونده هستند، می‌باشد.

براساس آمار گرفته شده از سازمان امور ایثارگران و جانبازان شهرستان تبریز تعداد کل جامعه آماری ۴۰ نفر می‌باشد به منظور بررسی دقیق‌تر و دستیابی به نتایج معتبرتر تمام جامعه آماری به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته می‌شود. لذا از روش تمام شماری استفاده شده است.

پژوهش حاضر پیمایشی از نوع توصیفی است از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها، میدانی و از نظر بررسی روابط بین متغیرها، از نوع همبستگی است.

در این پژوهش اطلاعات سلامت روانی و سبک‌های مقابله‌ای جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شده است.

برای طبقه‌بندی پردازش و تحلیل داده‌های بدست آمده با توجه به این که متغیرهای سبک مقابله‌ای و سلامت روانی در مقیاس سنجش فاصله‌ای می‌باشد. برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از ضریب رگرسیون به روش Enter و در برخی از موارد از آمار توصیفی استفاده شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ- ۲۸)

برای اندازه‌گیری سلامت عمومی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (G.H.Q) استفاده شده است. این آزمون در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ، به منظور شناسایی اختلال‌های روانی غیر روان گسسته ابداع شده است. در جمعیت بهنجار برای تشخیص اختلال‌های خفیف روانی از این پرسشنامه استفاده شده است. این آزمون ۶۰ سؤال دارد ولی فرم‌های بازنگری شده و کوتاه‌تر آن نیز موجود است. از جمله فرم ۳۰، ۲۸، ۲۴ و ۱۲ سؤالی. آزمون ۲۸ سؤالی G.H.Q توسط گلدبرگ و سیلر (۱۹۷۹) طراحی و تحلیل عوامل شده که دارای ۴ مقیاس می‌باشد و هر مقیاس ۷ سؤال دارد (نقل از یعقوبی، ۱۳۷۷).

مقیاس الف: علایم جسمانی (سؤال ۱ تا ۷).

مقیاس ب: علایم اضطرابی (سؤال ۸ تا ۱۴).

مقیاس ج: علایم بدکار کردی اجتماعی (سؤال ۱۵ تا ۲۱).

مقیاس د: علایم افسردگی (سؤال ۲۲ تا ۲۸).

این آزمون علایم مرضی و حالات مثبت فرد را از یک ماه قبل از اجرای آزمون مورد بررسی قرار می‌دهد. میزان آلفای ۴ مقیاس به ترتیب: در مقیاس نشانه‌های جسمانی ۰/۷۶، اضطراب ۰/۷۶، بدکار کردی اجتماعی ۰/۵۱، و افسردگی ۰/۸۵، به دست آمد. آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه‌ی یعقوبی (۱۳۷۷) برابر ۰/۸۸ است.

این پرسشنامه را می‌توان به صورت فردی و گروهی اجرا کرد. مدت زمان اجرای این آزمون ۸ دقیقه است. از آزمودنی خواسته می‌شود که براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای به سؤال‌ها پاسخ دهد (دادستان، ۱۳۷۷). دو روش نمره گذاری برای این پرسشنامه وجود دارد. در یک روش به گزینه‌های الف و ب نمره‌ی صفر و به گزینه‌های ج و د هر کدام یک نمره تعلق می‌گیرد. روش دیگر با استفاده از روش نمره گذاری لیکرت است که به گزینه‌های الف تا د، به ترتیب نمره‌ی صفر تا ۳ داده می‌شود. کل نمره‌ها ۸۴ است و نمره‌ی برش بالای ۲۳ می‌باشد. که در این نقطه افراد مشکل‌دار تشخیص داده می‌شوند (همان منبع). در پژوهش حاضر از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است.

در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) کی یس و شک آلفای کرونباخ پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰).

تقوی (۱۳۸۰) پایانی پرسشنامه سلامت عمومی را با سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرارداد که ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن

این مقیاس افکار و واکنش‌هایی را که افراد برای مقابله با رویدادهای تنیدگی‌آوری که به طور روزمره به کار می‌برند مورد بررسی قرار می‌دهد این مقیاس از تئوری شناختی پدیدار شناختی مربوط به تنیدگی و مقابله، که تحت عنوان تئوری تنیدگی، ارزیابی و مقابله شناخته شده است، توسط لازاروس و فولکمن ساخته شده است. شکل اولیه مقیاس تحت عنوان چک لیست روش‌های مقابله‌ای ۶۷ راهبرد است که از چارچوب پنداشتی که به وسیله لازاروس و فولکمن ساخته شد، معروف به طرح تنیدگی و مقابله بریکلی در سال ۱۹۷۷ تهیه شده است، فرم امروزی مقیاس روش‌های مقابله‌ای، از ۶۶ گویه تشکیل شده است که ۵۰ گویه آن اصلی و ۱۶ گویه دیگر اضافی است که در تجزیه و تحلیل به کار نمی‌رود. ۲۳ سؤال مربوط به راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ۲۶ سؤال مربوط به راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار است.

این ابزار پژوهشی، ۸ روش متداول مقابله‌ای بر پایه متمرکز بر مسأله و متمرکز بر هیجان را مورد بررسی قرار می‌دهد و به صورت انفرادی و جمعی قابل اجرا است.

این روش‌ها عبارتند از: روش‌های متمرکز بر هیجان شامل: رویارویی مقابله‌ای، دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری، خویشنداری، فرار یا اجتناب. روش‌های متمرکز بر مسأله شامل: جستجوی حمایت‌های اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت.

امتیازبندی گویه‌های مقیاس روش‌های مقابله‌ای براساس معیار درجه بندی لیکرت بوده و برحسب میزان استفاده از این روش‌ها از الگوی زیر پیروی می‌کند:

به کار نمی‌برم (صفر)، بندرت بکار می‌برم (۱)، اغلب به کار می‌برم (۲)، زیاد به کار می‌برم (۳).

یافته‌ها

سؤال شماره ۱: آیا بین سلامت روانی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

محاسبه رگرسیون بین دو متغیر سلامت روانی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار را نمی‌توان از روی سلامت روانی جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig = 0/216).

متغیرهای وارد شده:

مدل	متغیر وارد شده	متغیرهای تغییر یافته	روش
1	salamat(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: hayajan

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.228(a)	.052	.020	12.04304

a Predictors: (Constant), salamat

تحلیل واریانس:

مدل		جمع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	F	سطح خطا
1	Regression	231.671	1	231.671	1.597	.216(a)
	Residual	4206.006	29	145.035		
	Total	4437.677	30			

a Predictors: (Constant), salamat

b Dependent Variable: hayajan

سؤال شماره ۲: آیا بین سلامت روانی و سبک مقابله‌ای مسأله مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

محاسبه رگرسیون بین دو متغیر متغیر سلامت روانی و سبک مقابله‌ای مسأله مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار را نمی‌توان از روی سلامت روانی جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig = 0/745).

متغیرهای وارد شده:

مدل	متغیر وارده شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	salamat(a)	.	Enter

- a All requested variables entered.
b Dependent Variable: masalae

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.062(a)	.004	-.032	14.65735

- a Predictors: (Constant), salamat

تحلیل واریانس:

مدل	جمع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	F	سطح خطا
1	23.117	1	23.117	.108	.745(a)
	6015.460	28	214.838		
	6038.577	29			
	Total				

- a Predictors: (Constant), salamat
b Dependent Variable: masalae

سؤال شماره ۳: آیا بین اختلال جسمانی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

محاسبه رگرسیون بین دو متغیر اختلال جسمانی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار را نمی‌توان از روی اختلالات جسمانی جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش بینی کرد (sig= 0/124).

متغیر های وارد شده:

مدل	متغیر وارده شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	jesmani(a)	.	Enter

- a All requested variables entered.
b Dependent Variable: hayajan

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.269(a)	.072	.043	11.85286

- a Predictors: (Constant), jesmani

تحلیل واریانس:

مدل	جمع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	F	سطح خطا
1	350.587	1	350.587	2.495	.124(a)
	4495.688	32	140.490		
	4846.275	33			
	Total				

- a Predictors: (Constant), jesmani
b Dependent Variable: hayajan

سؤال شماره ۴: آیا بین اختلال جسمانی و سبک مقابله‌ای مسأله مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟ محاسبه رگرسیون بین دو متغیر متغیر اختلال جسمانی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار را نمی‌توان از روی اختلالات جسمانی جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig= 0/566).

متغیر های وارد شده:

مدل	متغیر وارده شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	jesmani(a)	.	Enter

- a All requested variables entered.
b Dependent Variable: masalae

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.104(a)	.011	-.021	14.19143

- a Predictors: (Constant), jesmani

تحلیل واریانس:

مدل		جمع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	F	سطح خطا
1	Regression	67.833	1	67.833	.337	.566(a)
	Residual	6243.293	31	201.397		
	Total	6311.126	32			

- a Predictors: (Constant), jesmani
b Dependent Variable: masalae

سؤال شماره ۵: آیا بین وضعیت اضطراب و سبک مقابله‌ای هیجان مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟ محاسبه رگرسیون بین دو متغیر متغیر اضطراب و سبک مقابله‌ای هیجان مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار را نمی‌توان از روی اضطراب جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig= 0/083).

متغیر های وارد شده:

مدل	متغیر وارده شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	ezterab(a)	.	Enter

- a All requested variables entered.
b Dependent Variable: hayajan

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.297(a)	.088	.061	11.59797

a Predictors: (Constant), ezterab3

تحلیل واریانس:

مدل		جمع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح خطا
1	Regression	429.953	1	429.953	3.196	.083(a)
	Residual	4438.924	33	134.513		
	Total	4868.876	34			

a Predictors: (Constant), ezterab

b Dependent Variable: hayajan

سؤال شماره ۶: آیا بین وضعیت اضطراب و سبک مقابله‌ای مسأله مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

محاسبه رگرسیون بین دو متغیر متغیر اضطراب و سبک مقابله‌ای مسأله مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار را نمی‌توان از روی اضطراب جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig= 0/307).

متغیر های وارد شده:

مدل	متغیر وارد شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	ezterab(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: masalae

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.181(a)	.033	.002	13.86647

a Predictors: (Constant), ezterab3

تحلیل واریانس:

مدل		جمع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح خطا
1	Regression	207.326	1	207.326	1.078	.307(a)
	Residual	6152.930	32	192.279		
	Total	6360.256	33			

a Predictors: (Constant), ezterab

b Dependent Variable: masalae

سؤال شماره ۷: آیا بین افسردگی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

مدل	R	Rمجذور	Rمجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.603(a)	.363	.343	11.24906

a Predictors: (Constant), afsordegi

تحلیل واریانس:

مدل	جمع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح خطا
1	2310.933	1	2310.933	18.262	.000(a)
	4049.322	32	126.541		
	6360.256	33			
	Total				

a Predictors: (Constant), afsordegi

b Dependent Variable: masalae

سؤال شماره ۹: آیا بین اختلال کارکرد اجتماعی و سبک مقابله‌ای هیجان مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

محاسبه رگرسیون بین دو متغیر متغیر اختلال کارکرد اجتماعی و سبک مقابله‌ای هیجان نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار را نمی‌توان از روی اختلال کارکردی اجتماعی جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig = 0/431).

متغیر های وارد شده:

مدل	متغیر وارد شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	ekhtelal(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: hayajan

خلاصه مدل:

مدل	R	Rمجذور	Rمجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.140(a)	.019	-.011	11.90771

a Predictors: (Constant), ekhtelal

تحلیل واریانس:

مدل	جمع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح خطا
1	90.055	1	90.055	.635	.431(a)
	4537.396	32	141.794		
	4627.451	33			
	Total				

a Predictors: (Constant), ekhtelal

b Dependent Variable: hayajan

سؤال شماره ۱۰: آیا بین اختلال کارکرد اجتماعی و سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار در جانبازان قطع نخاع رابطه وجود دارد؟

محاسبه رگرسیون بین دو متغیر متغیر اختلال کارکرد اجتماعی و سبک مقابله‌ای مسأله مدار نشان داد رابطه خطی بین دو متغیر یاد شده در بین جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز نمی‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر روی آوردن سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار را نمی‌توان از روی اختلال کارکردی اجتماعی جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز پیش‌بینی کرد (sig= 0/529).

متغیر های وارد شده:

مدل	متغیر وارده شده	متغیر های تغییر یافته	روش
1	ekhtelal3(a)	.	Enter

- a All requested variables entered.
b Dependent Variable: masalae

خلاصه مدل:

مدل	R	R مجذور	R مجذور تعدیل	خطای برآورد استاندارد
1	.114(a)	.013	-.019	13.97486

- a Predictors: (Constant), ekhtelal3

تحلیل واریانس:

مدل	جمع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح خطا
1	79.348	1	79.348	.406	.529(a)
	6054.200	31	195.297		
	6133.547	32			

- a Predictors: (Constant), ekhtelal3
b Dependent Variable: masalae

بحث و نتیجه گیری:

سلامت روانی، وضع روانی فرد است که احساس راحتی و آسایش نموده و در آن حالت می‌تواند در اجتماع خود به راحتی و بدون اشکال فعالیت داشته باشد و حضور در آن اجتماع باعث خشنودی و رضایت خاطر وی می‌باشد.

به طور کلی نتایج تحقیق نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای «هیجان‌مدار» و «مسأله‌مدار» توسط جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز را نمی‌توان از طریق متغیرهای: سلامت روانی، اختلال جسمانی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی آنها پیش‌بینی کرد و باید به دنبال عوامل دیگری به غیر از عوامل یاد شده بود. از جمله این عوامل می‌توان به عامل ایثارگری جانبازان اشاره کرد چون که جانبازان رفتن به جبهه و جنگ را وظیفه خود می‌دانستند، بنابراین شهید شدن یا جانبازی در این راه نیز برایشان افتخار محسوب

می‌شود. همین طور جانبازان قطع عضو خود را فقط به خاطر خدا و دفاع از میهن اسلامی می‌دانند. بنابراین سلامت روانی و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای نیز در اینان متفاوت خواهد بود. اما استفاده از این دو سبک (هیجان مدار و مسأله مدار) از طریق متغیر «افسردگی» قابل پیش بینی است. در مطالعه الیوت و همکاران او در مورد نحوه و میزان سازگاری افراد مبتلا ضایعه نخاعی مشاهده شد که منابع و توانمندی‌های روانی و جسمانی فرد در سازگاری با محیط، پس از ضایعه، نقش مهمی ایفا می‌کند (به نقل از امیری و همکاران، ۱۳۸۶).

در میان شیوه‌های سازگاری با استرس، روش سازگاری دینی^۱ از اهمیت زیادی در سازگاری جسمی و روانی برخوردار است. به باور بسیاری از متخصصان بالینی عوامل مذهبی درونی دارای اثرات اجتماعی، فرهنگی بر زندگی فرد است (لوین^۲ و واندرپول^۳، ۱۹۹۲).

یافته‌های پژوهش‌های شیلر^۴ و لوین نشان داد که باورهای مذهبی افراد پیش‌بینی‌کننده سازگاری به دنبال استرس در آنها است. این یافته‌ها همگی از نقش دین در ارتقاء بهداشت روانی حمایت می‌کنند (به نقل از نامداری، ۱۳۶۷).

جعفرپور پژوهشی در رابطه با بررسی افسردگی در معلولین جنگ و معلولین عادی انجام داده است. در این پژوهش معلول عادی و چهل نفر معلول جنگ بستری در بیمارستان‌های تهران انتخاب و با ارائه پرسشنامه اطلاعات لازم در مورد مسائل و مشکلات روانی آنان مورد بررسی قرار گرفت. پس از تجزیه و تحلیل آماری نتایج زیر بدست آمده است: داشتن انگیزه از خودگذشتگی و فداکاری و آمادگی ذهنی قبلی در کاهش افسردگی معلولین جنگ مؤثر می‌باشد. عوامل سن و سواد در سطح افسردگی معلولین مؤثر بوده است. معلولینی که دارای امنیت شغلی بیشتری بوده‌اند سطح افسردگی آنها کمتر از معلولینی بوده که با عدم تأمین شغلی مواجه می‌باشند. عامل تأهل و مشکلات ناشی از مسئولیت سنگین‌تر در افزایش سطح افسردگی تأثیر داشته است (نقل از اسلامی نسب، ۱۳۷۲).

براساس مطالعات انجام شده دیگر، بین مذهبی بودن و معنادار بودن زندگی و سلامت روانی ارتباط نزدیکی وجود دارد. در یک بررسی که ۸۳۶ بزرگسال با میانگین ۷۳/۴ سال شرکت داشتند، معلوم شد که بین سه شاخص مذهبی بودن (فعالیت‌های مذهبی غیر سازمان یافته و فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته) و روحیه

-
1. Religious coping
 2. Levin
 3. Vanderpool
 4. Shiller

داشتن و دل گرمی به زندگی، همبستگی مثبتی وجود دارد. به علاوه اسپیکا و همکارانش، (به نقل از صیادی ۱۳۸۸) مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری مذهبی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قوی‌تر، یا معتقد بودن به زندگی بعد از مرگ با ترس کمتر از مرگ همبستگی دارد. همچنین افرادی که نمره بالاتری در شاخص مذهب درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند (به نقا از صیادی، ۱۳۸۸).

در مطالعه‌ای که توسط ابراهیمی در سال ۱۳۷۶ در رابطه با جنبه‌های روانی شناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی و تفاوت شیوه‌های مقابله با استرس مورد بررسی قرار گرفت، عنوان شد که جنگ و آسیب‌های ناشی از جنگ منجر به عوارض روانپزشکی در جانبازان شده است. جانبازان جسمی در مواجهه با مسائل و مشکلات استرس‌زا بیشتر از روش‌های، خویشنداری و ارزیابی مجدد مثبت و کمتر از روش اجتناب و فرار استفاده می‌کنند. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین کاربرد روش‌های مقابله‌ای و ویژگی‌هایی نظیر سن، تأهل، تحصیلات، مدت مجروحیت، تیپ شخصیتی و شکایت از ناراحتی عصبی و اختلال رفتاری ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

از آنجائیکه بین دو متغیر متغیر افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای «هیجان مدار» و «مسأله مدار» رابطه وجود دارد و این رابطه حاکی از آن است که روی آوردن به سبک‌های یاد شده توسط جانبازان قطع نخاع شهرستان تبریز ناشی از افسردگی آنها است. بنابراین توجه به وضعیت روحی و روانی جانبازان از جنبه‌های گوناگون را ایجاد می‌کند که در این زمینه می‌توان از روش‌های دارو درمانی، درمان شناختی و کلاس‌های مهارت‌های زندگی برای جانبازان و خانواده هایشان استفاده شود.

تمهیداتی بایستی اندیشیده شود تا جانبازان بتوانند بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار استفاده کنند چرا که نتایج تحقیقات نشان داده است که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار رابطه مثبتی با سلامت روانی دارد. همینطور بایستی روش‌هایی به کار بست تا جانبازان از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار کمتر استفاده بکنند. چرا که تحقیقات نشان داده است که بین سلامت روانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار رابطه معکوس وجود دارد.

توجه بیشتر جامعه به معلولیت جانبازان و فراهم کردن امکانات ایاب و ذهاب آنها در خیابان‌ها و ادارات و دیگر جاهایی که جانبازان در آنجا تردد دارند.

منابع

- ابراهیمی، امرالهی. (۱۳۷۶). مطالعه جنبه‌های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی و تفاوت شیوه‌های مقابله با استرس پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- امیری، ماندانا، سلیمی، حسن، میرزمانی، سید محمود، هاشمیان، کیانوش، کریمی‌نیا، رضا ادیب، مصطفی. (۱۳۸۶). مقایسه نیم رخ رو روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان شاغل جامعه عادی " دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، سال چهاردهم دوره جدید شماره ۲۲.
- اسلامی نسب، محمود. (۱۳۷۲). بررسی رابطه سلامت روانی جانبازان قطع نخاع جنگ تحمیلی و معلولین عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- تقوی، م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرشش نامه‌ی سلامت عمومی، مجله روانشناسی، ۵۴-۴۶.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس به عنوان بیماری جدید تمدن. تهران: انتشارات رشد.
- زارعان، مصطفی. (۱۳۸۳). رابطه بین هوش هیجانی و سبک حل مساله با سلامت عمومی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
- سازمان امور جانبازان. (۱۳۸۱). کتاب سال سازمان امور جانبازان. کانون آگهی و تبلیغات ختن.
- صیادی، یاسین. (۱۳۸۸). رابطه بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان دانشگاه تبریز. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)
- 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. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد) تهران دانشگاه علوم پزشکی ایران - انیستیتو روانپزشکی تهران.
- نامداری، کوروش. (۱۳۶۷). بررسی مشکلات و مسائل جانبازان انقلاب اسلامی ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.

Alen, D. (2003) job burnout and its effect on healthy behqvior Journal of mental Health. 200/ London Academic.

Lazarus, Richards. (1976). Patterns of adjustment. New York, Mc. Craw, Hill book Co.

Lazarus, RS. & Folkman, s. (1987) stress, Appraisal and coping. New York, Spvinger- verlog.

-
- Lephram – Randlovn. (1999). **How the family copes with spinal covd injury: A personal perspective. Rehabil Nurs, 19 (2): 20 – 22**
- Leven J,S, vanderpool, H, (1992) **Religions Factor hn physicall heathh and the prevention of illness.** New York "Haworth press.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1994), **state-trait coping, Trait anxiety and academic performance, personality individual difference, vol (16), 663-676.**
- North NT. (1999). **The psychological effects of spinal cord injury: Are view.** Spinal cord 10: 671-679.