

افکار خودکار و بهزیستی روانی در جانبازان قم

علیرضا آقا یوسفی * PhD

آدرس مکاتبه: گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران
arayeh1100@gmail.com

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۸/۸/۳

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۵/۲۷

چکیده

اهداف. هدف پژوهش حاضر، برآورد رابطه افکار خودکار و بهزیستی روانی در جانبازان شهر قم با توجه به شدت و نوع آسیب‌دیدگی بود.

روش‌ها. ۴۵۲ جانباز با آسیب‌دیدگی ۲۵ تا ۷۰٪ به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار انتخاب شدند. سپس، "مقیاس افکار خودکار" و "نشانه‌گر بهزیستی روانی" روی شرکت‌کنندگان در پژوهش اجرا شد.

یافته‌ها. بیشترین رابطه (منفی) افکار خودکار با بهزیستی روانی توسط سه مؤلفه "رضایت از احساس امنیت و آرامش"، "استانداردها و شرایط زندگی" و "تندرستی" تبیین شد. شدت آسیب‌دیدگی در ارتباط با نوع آسیب، بر افکار خودکار و بهزیستی روانی تأثیر داشت. اما نوع آسیب بر "افکار خودکار"، "استانداردهای زندگی" و "رضایت از باورهای مذهبی" اثر داشت. شدت و نوع آسیب‌دیدگی، اثر تعاملی در بهزیستی روانی و سایر مؤلفه‌های آن داشتند.

نتیجه‌گیری. شناخت درمانگری جانبازان برای رهایی از افکار خودکار و همچنین توجه بیشتر به جانبازان شیمیایی و روان‌شناختی - شیمیایی، بهزیستی روانی بیشتری برای جانبازان فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: جانبازان، افکار خودکار، بهزیستی روانی، نوع ناتوانی، شدت ناتوانی

مقدمه

طی سال‌های اخیر مطالب بسیاری در مورد متغیر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی به دست آمده است. رضایت از زندگی از طریق سئوالات مربوط به زندگی و کیفیت زندگی از طریق بررسی جنبه‌های مختلف زندگی سنجیده می‌شود. میانگین رضایت عمومی از زندگی در جوامع غربی به ۷۵٪ می‌رسد [۲]. با این حال، پیچیدگی عوامل موثر بر تندرستی، کیفیت زندگی و رفاه شخصی موجب شده تا هر جامعه، با در نظر گرفتن محیط و فرهنگ و همچنین شخصیت و باورهای افراد جامعه به مطالعه مستقل در این باره بپردازد. هاوگگو و همکاران [۳] نشان دادند که اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. این اختلال مشکلات بهداشتی بزرگی در جهان به وجود آورده [۴] و مطالعات همه‌گیرشناختی اخیر در استرالیا و ایالات متحده امریکا شیوع آن و ارتباط با سایر اختلالات روان‌شناختی را در کل جمعیت از ۱/۳ تا ۷/۸٪ در حال افزایش نشان داده است [۵، ۶]. در خصوص رابطه افکار خودکار با بهزیستی روانی در جانبازان، پژوهشی در پایگاه‌های معتبر بین‌المللی تا سال ۲۰۰۸ به دست نیامد. با این حال، بر پایه مدلی که معتقد است افکار خودکار و خطاهای شناختی سبب تجربه اختلالات روان‌شناختی می‌شوند و پیش‌تر از سوی بندورا [۷]، دیویسون [۸]، ایس [۹]، گلدفرد و دیویسون [۱۰]، لوندون [۱۱]، ماهونی [۱۲]، میکنبوم [۱۳]، میشل [۱۴] و به‌ویژه بک [۱۵] مطرح شده است، می‌توان انتظار داشت که بین افکار خودکار و این متغیرها رابطه وجود داشته باشد. رابطه افکار خودکار با اضطراب اجتماعی در افراد غیرجانباز و فاقد اختلالات فوق توسط دیویسون و زیگل‌بوین [۱۶] بررسی و رابطه آنها نشان داده شده است. آسیب‌پذیری شناختی و رابطه افکار خودکار با افسردگی در منابع متعددی مطرح شده [۱۷]، [۱۸]، [۱۹]، [۲۰]، [۲۱] و مرور ادبیات مربوط به رابطه تنیدگی، آسیب‌پذیری و واکنش‌گری شناختی [۲۲] نیز ارایه شده است. در مورد اخیر، شر و همکاران آخرین مرور منابع تا سال ۲۰۰۵ را ارایه داده‌اند [۲۳]. پس از آن می‌توان به پژوهش/بنگرام و همکاران [۲۴] اشاره کرد که رابطه مکانیزم‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی در افسردگی را از راه مطالعه رابطه شناخت، خصومت و سبک مقابله‌ای نشان داده است. از آغاز قرن بیست‌ویکم، به تدریج مطالعه رابطه بهزیستی روانی و افکار خودکار مثبت با اختلالات روان‌شناختی مورد نظر پژوهشگران قرار گرفته است [۲۵]، [۲۶].

به این ترتیب، هدف مطالعه حاضر برآورد رابطه افکار خودکار و بهزیستی روانی جانبازان شهر قم بر پایه میزان از کارافتادگی (درصد جانبازی) و نوع آسیب‌دیدگی (شیمیایی، جسمانی، روان‌شناختی و ترکیبی) بود. پژوهشگر قصد داشت رابطه شناخت‌های نارساکنش‌ور و بهزیستی روانی (به‌عنوان قسمتی از روان‌شناختی کیفیت زندگی) را در جانبازان قم برآورد کرده و البته عواملی چون کمیت (درصد جانبازی) و کیفیت (نوع جانبازی) آسیب را نیز در این رابطه مورد بررسی قرار دهد.

روش‌ها

کلیه جانبازان ساکن شهر قم که در سال ۱۳۸۶ در اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم دارای پرونده بودند، جامعه پژوهش را تشکیل دادند. نخست فهرست کلیه جانبازان دارای پرونده از سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم دریافت شد. سپس از هر یک از زیرگروه‌های جامعه به کمک روش نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار بر پایه میزان آسیب‌دیدگی (جانبازان با آسیب‌های ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۵۰، ۵۵، ۶۰، ۶۵ و ۷۰٪) به کمک رایانه و براساس حروف الفبا، به تعداد لازم آدرس برگزیده شد. در مجموع ۳۲۴۵ آدرس وجود داشت که نخست آدرس‌های خارج از شهر قم و اسامی فاقد آدرس و شماره تلفن حذف شدند و ۳۱۴۳ آدرس برای نمونه‌گیری باقی ماند. در جریان پردازش داده‌ها، با ادغام هر دو طبقه متوالی از ۱۰ طبقه ۲۵ تا ۷۰٪ از کارافتادگی، ۵ سطح جانبازی ۳۵-۲۵٪ (سطح ۱؛ آسیب بسیار کم)، ۴۵-۳۵٪ (سطح ۲؛ آسیب کم)، ۵۵-۴۵٪ (سطح ۳؛ آسیب متوسط)، ۶۵-۵۵٪ (سطح ۴؛ آسیب زیاد) و ۶۵٪ به بالا (سطح ۵؛ آسیب بسیار زیاد) به دست آمد.

برای محاسبه حجم نمونه از نرم‌افزار GPower 2 که به‌منظور محاسبه نمونه و میزان اثر طراحی شده است استفاده شد. این نرم‌افزار برای اندازه اثر متوسط ($d=0/25$)، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۹۵، نمونه‌ای با حجم ۲۲۰ نفر را برای تحلیل واریانس با ۱۰ سطح و برای تحلیل رگرسیون با اندازه اثر متوسط ($d=0/15$) و خطای ۰/۰۵، تعداد ۲۴۲ نفر را برای ۲۵ متغیر پیش‌بین پیشنهاد کرد. به‌منظور پیشگیری از افت آزمودنی‌ها از دو شیوه؛ افزایش تعداد اعضای نمونه از سطح حداقلی محاسبه‌شده به سطح مطمئن‌تر (۴۶۰ آزمودنی انتخاب شدند که در نهایت ۴۵۲ نفر پاسخ دادند) و تماس مجدد با آزمودنی‌هایی که در تماس اول از شرکت در پژوهش خودداری کرده بودند استفاده شد. با در نظر گرفتن این نکته که گروه نمونه پیش از اجرای پژوهش جانباز شده تنیدگی‌های مربوط به این رویداد را پیش‌تر تجربه کرده بودند و این پژوهش به‌دنبال برآورد رابطه میان متغیرهای از پیش موجود بود، پژوهش حاضر از نوع "همبستگی" است. از دیگر سو، چون برخی فرضیات به مقایسه جانبازان با نوع و شدت‌های گوناگون از کارافتادگی می‌پردازند، طرحی "آزمایشی‌نما" در جریان پژوهش وجود داشت که متغیر مستقل آن نوع و سطوح گوناگون آسیب‌دیدگی جانبازان بود و سایر متغیرها وابسته بودند.

روش اجرا: پس از انتخاب تصادفی گروه نمونه، پرسشگران آموزش‌دیده فهرست ویژه خویش را دریافت کرده و پس از تماس تلفنی با خانواده مربوطه و تعیین فرصت مناسب برای مصاحبه و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه و آزمون‌ها، به منزل مربوطه مراجعه کرده و ضمن ارایه دعوت‌نامه مجری پژوهش، مواد آزمون را ارایه دادند. در صورتی که شرکت‌کنندگان بی‌سواد یا کم‌سواد بودند، پرسشگران خود مواد آزمون‌ها را با گفتاهنگی خنثی برای آنان خواندند و پاسخ‌های آنان را یادداشت و گردآوری داده‌ها را با مصاحبه کامل کردند. آن

نشانه‌های تنیدگی (۰/۵۰) و مقیاس افکار خودکار (۰/۵۲) را به‌عنوان روایی هم‌زمان به‌دست آورد. پایایی این مقیاس در آن پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، همبستگی منفی معنی‌دار با اختلال پس‌آسیبی (۰/۴۷۳-) و نیز همبستگی منفی معنی‌دار (۰/۴۷۹-) با نشانه‌های تنیدگی، حاکی از روایی آن بود. به‌علاوه، از روش تحلیل رگرسیون خطی گام‌به‌گام نیز برای محاسبه روایی ملاک استفاده شد.

نتایج

به‌منظور بررسی رابطه افکار خودکار با بهزیستی روانی در جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش، نخست رابطه ساده آنها به‌روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون به‌دست آمد که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که افکار خودکار با رضایت کلی از زندگی، بهزیستی روانی و هشت مولفه آن همبستگی منفی معنی‌داری دارد. با این وجود، آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیری اجرا شد تا مشخص شود افکار خودکار به چه اندازه در تبیین پراکنش نمرات بهزیستی روانی نقش دارند.

جدول ۱) ضرایب همبستگی افکار خودکار با بهزیستی روانی و مولفه‌های آن

نام متغیر	همبستگی خطا
رضایت کلی از زندگی	۰/۳۹۰ - ۰/۰۰۰۱
استانداردها و شرایط زندگی	۰/۳۷۸ - ۰/۰۰۰۱
تندرستی	۰/۳۰۴ - ۰/۰۰۰۱
به‌دست‌آوردها در زندگی	۰/۲۵۹ - ۰/۰۰۰۱
روابط با دیگران	۰/۳۱۰ - ۰/۰۰۰۱
احساس امنیت و آرامش	۰/۳۹۰ - ۰/۰۰۰۱
احساس بستگی و عضویت در میان دیگران	۰/۲۶۵ - ۰/۰۰۰۱
احساس امنیت در آینده	۰/۳۶۲ - ۰/۰۰۰۱
رضایت از باورهای مذهبی و معنویت	۰/۲۳۸ - ۰/۰۰۰۱
بهزیستی روانی	۰/۴۴۳ - ۰/۰۰۰۱

جدول ۲) نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی نمرات بهزیستی روانی توسط افکار خودکار

خطا	T	B	خطای F	F	R sq.
بهزیستی روانی	۱۰۹/۴۹۲	۰/۰۰۰۱	۳/۲۵۰	۰/۴۴۳	۱۰/۴۶۴
مجموع	۰/۱۹۶		عرض از مبدأ		۶۲/۶۸۲

جدول ۲ نشان می‌دهد که ۱۹/۶٪ واریانس نمرات بهزیستی روانی توسط افکار خودکار پیش‌بینی می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که

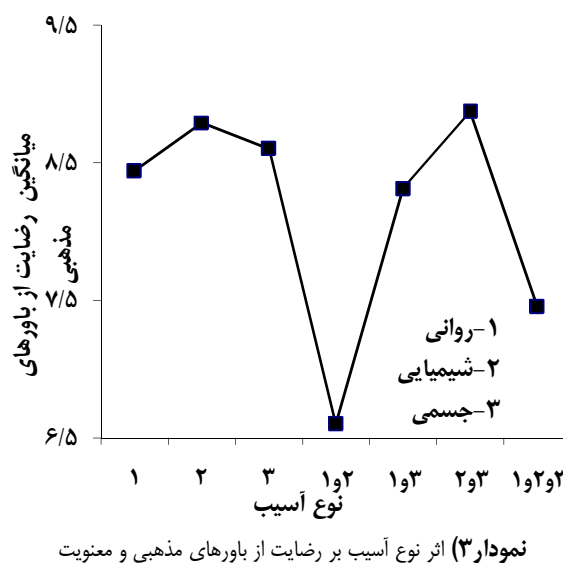
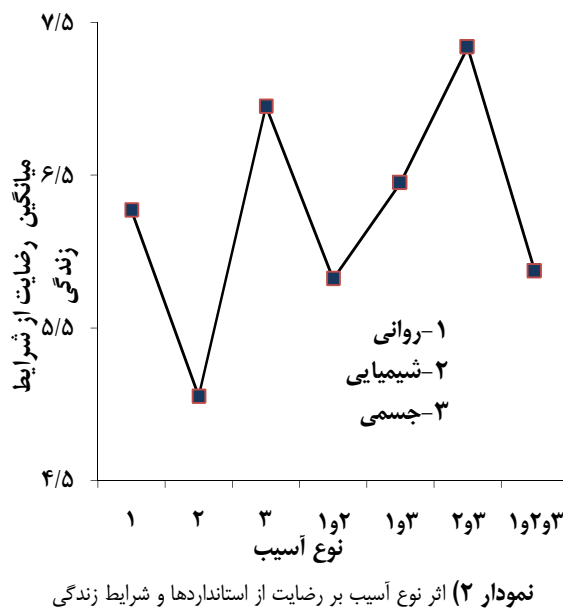
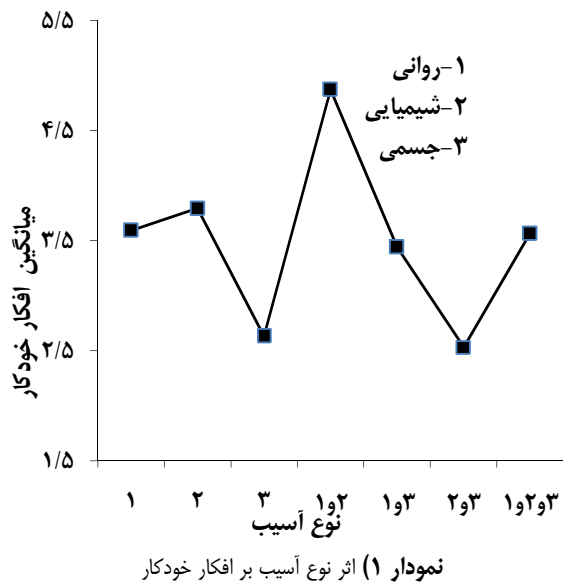
دسته از گروه نمونه که به شهر دیگری مهاجرت کرده بودند، از گروه نمونه حذف شده و آنان که آدرس‌شان به جای دیگری در شهر قم تغییر یافته بود به آدرس جدیدشان مراجعه شد. در صورتی که خانواده‌ای به هر دلیل مایل به همکاری نبود و پرسشگر نمی‌توانست در ایشان انگیزه لازم برای شرکت در پژوهش را ایجاد کند، از گروه نمونه حذف شد.

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) فهرست نشانه‌های تنیدگی مزمن: شامل ۴۵ نشانه جسمانی و روان‌شناختی تنیدگی همراه با امکان افزودن دو نشانه دیگر است که پاسخ‌دهنده می‌تواند یکی از گزینه‌های "هرگز"، "گاهی"، "معمولاً"، "اغلب" و "همیشه" را برگزیند. این مقیاس همبستگی مثبت معنی‌داری با رویدادها و تغییرات زندگی و افکار خودکار و همبستگی منفی معنی‌داری با بهزیستی روانی دارد که در مطالعه آقا‌یوسفی [۳۱] گزارش شده است. در پژوهش حاضر، روایی هم‌زمان با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی معادل ۰/۷۸ و پایایی آن به‌روش همبستگی درونی مواد، ۰/۹۶ به‌دست آمد.

ب) مقیاس افکار خودکار: این مقیاس شامل ده عبارت برگرفته از نظریه شناختی آرون‌یک است که نخستین بار در سال ۱۳۷۸ به‌منظور سنجش عوامل همبسته با افسردگی دختران نوجوان قم تدوین و سپس در سال ۲۰۰۴ با تجدیدنظر در ماده نخست، در نخستین کنگره علوم شناختی در...آباد هندوستان معرفی شد. این مقیاس دارای روایی کمینه ۰/۳۹ است و پایایی آن در پژوهش‌های گوناگون در حد قابل‌قبولی بوده است (کمترین پایایی محاسبه‌شده: ۰/۵۱). آقا‌یوسفی [۳۱] در مطالعه همسران شاهد، جانباز و آزاده استان قم، ضریب پایایی ۰/۷۰ را به‌دست آورده است. در این پژوهش، ضرایب همبستگی به عنوان روایی هم‌زمان با متغیرهای مرتبط (اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، بهزیستی روانی و نشانه‌های تنیدگی) که روابطشان از پیش توسط نظریه‌های گوناگون و پژوهش‌ها نشان داده شده بود، محاسبه شد که رضایت‌بخش بودند. پایایی آن نیز از طریق محاسبه همبستگی درونی میان مواد آزمون به‌روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ به‌دست آمد.

ج) نشانگر بهزیستی روانی - شکل بزرگسالان مک‌کامینز: در سال ۲۰۰۲، حدود ۱۰۰ پژوهشگر از بیش از ۴۰ کشور جهان متعهد شدند که مقیاسی بین‌المللی برای برآورد بهزیستی روانی به نام "نشانگر بهزیستی شخصی" را هنجارگزینی کنند. بهزیستی روانی، بخش ذهنی کیفیت زندگی است [۳۰]. مقیاس حاضر، علاوه بر ماده کلی که رضایت عمومی فرد از زندگی را ارزیابی می‌کند و در نمره مقیاس محاسبه نمی‌شود، دارای ۸ ماده است که هر کدام یک حوزه را مورد پرسش قرار می‌دهند. پاسخ‌ها در مقیاسی ۱۱ درجه‌ای که از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری شده‌اند، قرار می‌گیرند. هر ماده برگرفته از مواد مرتبط در مقیاس کامل کیفیت زندگی و بیانگر یک قلمرو است. آقا‌یوسفی [۳۱] در پژوهشی روی همسران شاهد، جانباز و آزاده استان قم، همبستگی منفی میان این مقیاس با فهرست



افکار خودکار اثر معنی داری بر بهزیستی روانی دارند. معادله این رابطه به شرح زیر است:

نمره افکار خودکار = $۶۲/۶۸۲ + \text{نمره بهزیستی روانی} * ۰/۴۴۳ -$
 برای شناخت اینکه کدام یک از مولفه‌های بهزیستی روانی نقش مهم‌تری در پیش‌بینی نمرات افکار خودکار دارند، آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (به روش گام‌به‌گام) اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای تعیین مهم‌ترین مولفه‌های پیش‌بین افکار خودکار

Sig.	T	beta	B	Sig. of F	F	R sq.
۰/۰۰۰۱	-۴/۶۵۹	-۰/۲۳۸	-۰/۱۷۷	۰/۰۰۰۱	۳۷/۴۰۱	۰/۱۵۱
۰/۰۰۰۱	-۳/۸۶۴	-۰/۲۰۲	-۰/۱۷۷	۰/۰۰۰۱	۳۷/۴۰۱	۰/۰۴۲
۰/۰۲۷	-۲/۲۱۴	۰/۱۰۹	-۰/۰۷۸	۰/۰۰۰۱	۳۷/۴۰۱	۰/۰۰۹
۵/۸۹۸		عرض از مبدأ				مجموع

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که احساس امنیت و آرامش، استانداردها و شرایط زندگی و تندرستی مولفه‌های معنی‌داری هستند که تحت تأثیر افکار خودکار قرار دارند. هرگاه افکار خودکار در جانباز افزایش یابد، نمرات این مولفه‌های بهزیستی روانی کاهش می‌یابند.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس چندعاملی اثر شدت و نوع آسیب

متغیر مستقل	متغیر وابسته	F	احتمال خطا
نوع آسیب	افکار خودکار	۲/۴۷۰	۰/۰۲۴
جانباز	رضایت از استانداردها و شرایط زندگی	۲/۵۴۹	۰/۰۲۰
	رضایت از باورهای مذهبی و معنویت	۳/۱۹۷	۰/۰۰۵
اثر تعاملی	رضایت کلی از زندگی	۱/۷۳۰	۰/۰۲۲
شدت	رضایت از تندرستی	۱/۸۴۴	۰/۰۱۲
ازکارافتادگی	رضایت از به‌دست‌آوردها در زندگی	۲/۰۰۴	۰/۰۰۵
(درصد)	رضایت از روابط با دیگران	۱/۶۷۵	۰/۰۳۰
جانبازی) و	احساس امنیت و آرامش	۱/۶۰۷	۰/۰۴۲
نوع آسیب	بهزیستی روانی	۱/۷۶۶	۰/۰۱۹

بر پایه داده‌های جدول ۴، نوع آسیب بر افکار خودکار، رضایت از استانداردهای زندگی و نیز باورهای مذهبی و معنوی تأثیر داشت. اثر تعاملی شدت و نوع آسیب نیز بر رضایت کلی از زندگی، ۴ مولفه از ۸ مولفه آن و نمره کل بهزیستی روانی مشخص گردید. یافته‌ها به‌روشنی توکی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در نمودار ۱ ارایه شده است.

جانبازان شیمیایی و روان‌شناختی با سطح آسیب "زیاد" نسبت به سایر جانبازان از روابط خود با دیگران کمتر رضایت داشتند. جانبازان شیمیایی با آسیب "زیاد" و جانبازان روان‌شناختی - شیمیایی با آسیب "کم"، کمتر از جانبازان روان‌شناختی - شیمیایی با سطح آسیب "متوسط" و جانبازان جسمانی - شیمیایی با سطح آسیب "بسیار زیاد" از امنیت و آرامش خود راضی بودند. سرانجام، جانبازان شیمیایی با سطح آسیب "زیاد" کمتر از جانبازان جسمانی - شیمیایی با سطح آسیب "بسیار زیاد" دارای بهزیستی روانی (احساس رضایت و خرسندی از زندگی) بودند. در مجموع، چنین به نظر می‌رسد که جانباز شیمیایی بودن یا جانباز روان‌شناختی - شیمیایی بودن با سطح آسیب "زیاد" بیشتر فرد را در معرض کاهش بهزیستی روانی قرار می‌دهد. آسیب جسمانی به‌تنهایی اثر مخرب کمتری بر فرد داشته و با افکار خودکار کمتر و بهزیستی روانی بیشتر رابطه دارد. ترکیب آسیب روانی - شیمیایی عموماً وضع فرد را بدتر می‌کند.

چندین پژوهش وخیم‌تر بودن وضع جانبازان روان‌شناختی نسبت به جانبازان با آسیب‌دیدگی جسمانی در خارج از کشور را گزارش کرده‌اند. مثلاً مرکز ملی جنگ خلیج فارس [۲۹]، انگل و همکاران [۲۹]، هاگگو و همکاران [۳] و ویلیامز و همکاران [۲۸] نشان داده‌اند که آسیب‌های روان‌شناختی نقش مخرب‌تری در سازش‌یافتگی خانوادگی و فردی جانبازان ایفا می‌کنند و کیفیت زندگی را بیشتر کاهش می‌دهند. بنابراین، می‌توان این احتمال را مطرح ساخت که آسیب‌ها در جانبازان شیمیایی و روان‌شناختی بیشتر از جانبازان جسمانی باشد.

تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی در جانبازان به‌ویژه جانبازان جسمانی، خودپنداره و تصویر آنها را از خودشان تغییر می‌دهد. حرمت خود و اعتماد به خویشتن که سرمایه فرد برای زندگی موفق است، تحت تأثیر خودپنداره و تصویر از خویشتن است. جانباز دارای معلولیت عمده، به تدریج درمی‌یابد که آن فرد قبلی نیست. ظاهر او تغییر کرده و دیگر شیوه‌های معمول او برای سازش‌یافتگی با جهان برونی پاسخ‌گو نیستند. برخی تلاش می‌کنند مجدداً به سازگاری جدید با پیرامون دست یابند. برخی نیز به دنبال چند شکست نخست، برای همیشه تغییر رفتار فعال را کنار گذاشته و ترجیح می‌دهند برداشت خود از خویشتن و تصویری را که از خود در ذهن ساخته‌اند، تغییر دهند. از آنجا که ملاک پیروزی و شکست برای آنان همچنان همان شیوه‌های پیشین زندگی است، بنابراین، خیلی زود متوجه می‌شوند که ناتوانند. این شرایط سبب کاهش حرمت خود و اعتماد به خویشتن در آنان شده و به دنبال آن اضطراب و به‌ویژه افسردگی سرتاسر وجود فرد را فرا می‌گیرد. عوامل اجتماعی و فرهنگی در این میان نقش مهمی بازی می‌کنند. اگر جامعه ارزش‌هایش را بر شکل ظاهری و توانمندی‌های میانگین مردم قرار داده باشد، در آن صورت معلولان و جانبازان که توانمندی‌های دیگری را به نمایش

در محور افقی نمودارهای ۱، ۲ و ۳ به ترتیب انواع آسیب‌ها شامل روان‌شناختی، شیمیایی، جسمانی، ترکیب روان‌شناختی - شیمیایی، روان‌شناختی - جسمانی، شیمیایی - جسمانی و روانی - جسمانی - شیمیایی قرار دارند. چنان‌که این نمودار نشان می‌دهد، جانبازانی که آسیب آنها از نوع جسمانی (با میانگین ۲/۵۶ و انحراف معیار ۳/۹۳) یا جسمانی - شیمیایی (با میانگین ۲/۳۴ و انحراف معیار ۴/۶۴) بوده کمتر از جانبازان با آسیب روان‌شناختی - شیمیایی (با میانگین ۳/۷۳ و انحراف معیار ۷/۶۰) واجد افکار خودکار بودند.

نمودار ۲ نشان می‌دهد که جانبازانی که آسیب آنها جسمانی (با میانگین ۷ و انحراف معیار ۶/۰۶) یا جسمانی - شیمیایی (با میانگین ۷/۵۴ و انحراف معیار ۵/۵۵) بوده، بیش از جانبازان شیمیایی (با میانگین ۶/۰۵ و انحراف معیار ۱۱/۲۸) از استانداردها و شرایطشان در زندگی راضی بودند.

در نمودار ۳ مشخص شده است که جانبازان با آسیب روان‌شناختی - شیمیایی (با میانگین ۸/۲۴ و انحراف معیار ۷/۲۴) کمتر از سایر جانبازان از عمق باورهای مذهبی و معنوی‌شان راضی بودند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افکار خودکار با بهزیستی روانی و مولفه‌های آن رابطه منفی دارد. هر چه میزان افکار خودکار در جانبازان بیشتر باشد، احتمال کاهش رضایت از قلمروهای گوناگون در زندگی و رضایت کلی از زندگی نیز کاهش می‌یابد. با این حال، تأثیر افکار خودکار بر همه مولفه‌های بهزیستی روانی یکسان نیست. در نمونه حاضر، افکار خودکار بیش از هر چیز بر احساس امنیت و آرامش، استانداردها و شرایط زندگی و تندرستی تأثیر گذاشته است. میزان (شدت) آسیب‌دیدگی به‌تنهایی بر مولفه‌های بهزیستی روانی تأثیری ندارد و میزان افکار خودکار نیز در جانبازان با آسیب‌دیدگی‌های گوناگون یکسان است. اما، نوع آسیب بسته به این که جسمانی، شیمیایی یا روان‌شناختی و تک‌معلولیتی یا چندمعلولیتی باشد با میزان افکار خودکار و استانداردها و شرایط زندگی و نیز رضایت از باورهای مذهبی و معنویت رابطه داشت.

جانبازان شیمیایی وضعیت ناخوشایندتر و جانبازان جسمانی و جسمانی - شیمیایی وضعیت بهتری داشتند. یک دلیل احتمالی آن که از راه مصاحبه با شرکت‌کنندگان برآورد می‌شود این است که مردم ناتوانی جانبازان دارای مشکلات جسمانی را به چشم می‌بینند و بیشتر رعایت می‌کنند. بیش از هر چیز، اثر تعاملی شدت آسیب و نوع آن بر مولفه‌های بهزیستی روانی قابل توجه است. جانبازان شیمیایی با سطح آسیب "زیاد" در مجموع کمتر از سایرین از زندگی خود راضی بودند. جانبازان روان‌شناختی - شیمیایی با سطح آسیب "زیاد" کمتر از سایر جانبازان شرکت‌کننده در پژوهش از تندرستی خود و آنچه در زندگی به‌دست آورده‌اند، رضایت داشتند.

تشکر و قدردانی: در اجرای این پژوهش از حمایت مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم و همکاری پرسشگران محترم سود جسته‌ایم که بر یکایک آنها سپاس می‌گذاریم.

منابع

- ۱- تی‌بک آرون. عشق هرگز کافی نیست. قراچه‌داغی مهدی، مترجم. انتشارات آسیب؛ ۱۳۶۹.
- 2- Cummins RA. Personal wellbeing index. Melbourne: Deakin University; 2006.
- 3- Howgego IM, Owen C, Meldrum L, Yellowlees P, Dark F, Parslow P. Posttraumatic stress disorder: An exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry*. 2005;5:21-6.
- 4- Davidson J. New strategies for the treatment of posttraumatic stress. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(7):3-51.
- 5- Andrews G, Hall W, Teesson M, Henderson S. The mental health of Australians: Survey of national mental health and wellbeing. Canberra, ACT: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 1999.
- 6- Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
- 7- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84:191-215.
- 8- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus: Lyle Stuart; 1962.
- 9- Goldfried MR, Davison GC. Clinical behavior therapy. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1976.
- 10- London P. The modes and morals of psychotherapy. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1964.
- 11- Mahoney MJ. Cognition and behavior modification. Cambridge: Ballinger; 1974.
- 12- Meichenbaum D. Self-instructional methods. In: Kanfer F, Gold-Stein A, editors. *Helping people change*. New York: Pergamon; 1975.
- 13- Mischel W. Personality and assessment. New York: John Wiley and Sons; 1968.
- 14- Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
- 15- Davison GC, Zeiglerboim V. Irrational beliefs in the articulated thoughts of college students with social anxiety. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 1987;5(4):238-54.
- 16- Haaga DAF, Dyck MJ, Ernst D. Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychol Bull*. 1991;110:215-36.
- 17- Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. *Int Rev Psychiatry*. 2002;14:185-9.
- 18- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press; 1998.
- 19- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression: A treatment manual. New York: Guilford Press; 1979.
- 20- Ingram RE. Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognit Ther Res*. 2003;27(1):77-88.
- 21- Wang CE, Brennen T, Holte A. Mechanisms of recurrent depression: A cognitive battle model and some preliminary results. *Clin Psychol Psychother*. 2005;12:427-42.

می‌گذارند مورد توجه قرار نگرفته و به آرامی از جامعه کنار گذاشته شده و نادیده انگاشته می‌شوند که این خود مشکلات روان‌شناختی بیشتری را برای فرد جانباز یا معلول در پی خواهد داشت. از این‌رو، جامعه نقش مهمی در سازش‌یافتگی جانبازان با مشکلات فردی و اجتماعی دارد.

دیگر آن‌که، تفسیر بیمار از نهاد احساسی خود با فرآیندهای جایز الخطای شناختی او ارتباط دارد. فرآیندهای فیزیولوژیک و روانی می‌توانند تا حدود زیاد برداشت بیمار از واقعیت را تغییر دهند [۱]. به ندرت اتفاق می‌افتد که اشخاص، درستی افکار خود را مورد سؤال قرار دهند. با دیدگاه‌های خود چنان برخوردی دارند که گویی خلاصه‌ای از عالم بیرون هستند. به عبارت دیگر، برای تفکر خود، به اندازه دنیای بیرون ارزش قایل می‌شوند. نتایج این پژوهش درباره رابطه افکار خودکار و بهزیستی روانی با یافته‌ها و الگوهای نظری موجود کاملاً همگرا است [۳، ۲۴]. این الگو معتقد است، افکار خودکار و خطاهای شناختی سبب تجربه اختلالات روان‌شناختی می‌شود و پیش‌تر از سوی بندور [۷]، دیویسون [۱۵]، الیس [۸]، گلدفرد و دیویسون [۹]، لوندون [۱۰]، ماهونی [۱۱]، میکناوم [۱۲]، میشل [۱۳] و به‌ویژه بک [۱۴] مطرح شده است.

نتیجه‌گیری

در آخر می‌توان نتیجه گرفت که در مورد جانبازان شهر قم و به هر نسبت که این نمونه قابل تعمیم به دیگران باشد، نیاز به نوعی بازسازی شناختی و افزایش توانمندی‌های فراشناختی به‌منظور افزایش بهزیستی روانی (احساس خوشبختی و رضایت از زندگی، جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی) وجود دارد. از آن‌جا که تنها "نوع آسیب" بر افکار خودکار تأثیر می‌گذارد، می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانگری‌ها، مشاوره‌ها و هرگونه برنامه بازسازی شناختی باید مبتنی بر نوع آسیب جانبازان باشد. در قلمروی اثرات منفی افکار خودکار که نظریه بک و مطالعات پیشین به تفصیل به آن پرداخته‌اند، بیش از هر چیز بایستی به جانبازان دارای آسیب‌های هم‌زمان روان‌شناختی و شیمیایی پرداخت و در بالای فهرست نیازمندان به کمک‌های روان‌شناختی قرار داد. به‌علاوه، جانبازان با آسیب شیمیایی، روانی - شیمیایی و ترکیبی از هر سه نوع آسیب بیش از دیگر جانبازان نیازمند دریافت کمک‌های روان‌شناختی با محوریت اصلاح استانداردها و شرایط زندگی و رضایت از باورهای معنوی و مذهبی هستند. در مورد بهزیستی روانی و مولفه‌های آن به‌طور کلی باید اثر تعاملی شدت و نوع آسیب را در نظر گرفت و به گروه‌هایی که بیشتر در معرض آسیب هستند زودتر خدمات روان‌شناختی مناسب ارائه داد.

- 27- The Iowa Persian Gulf Study Group. Self-reported illness and health status among gulf war veterans. *JAMA*. 1997;277:238-45.
- 28- Williams RM, Turner AP, Hatzakis MJ, Bowen JD, Rodriguez AA, Haselkorn JK. Prevalence and correlates of depression among veterans with multiple sclerosis. Germany: AAN Enterprises; 2005.
- 29- Engel CC, Liu X, McCarthy BD, Miller RF, Ursano R. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for gulf war-related health concerns. *Psychosom Med*. 2000;62:739-45.
- 30- Cummins RA. Caveats to using the comprehensive quality of life scale. The personal wellbeing index. Melbourne: Deakin University; 2002.
- ۳۱- آقاییوسفی علیرضا. مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌های شاهد و ایثارگر استان قم [طرح پژوهشی]. قم: بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم؛ ۱۳۸۵.
- 22- Segal ZV, Ingram RE. Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clin Psychol Rev*. 1994;14:663-95.
- 23- Scher CD, Ingram RE, Zindel T, Segal V. Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:487-510.
- 24- Ingram RE, Trenary L, Odom M, Berry L, Nelson T. Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility and coping style. *Cogn Emot*. 2007;21(1):78-94.
- 25- Ingram RE, Slater MA, Atkinson JH, Scott W. Positive automatic cognition in major affective disorder. *Psychol Assess*. 1990;2(2):209-11.
- 26- Duckworth AL, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:629-51.