

رابطه کارآیی خانواده و سلامت عمومی ایثارگران

علی عباس کمری^۱، محمود نجفی^{۲*}، اسحق رحیمیان بوگر^۳، فرامرز سهرابی^۴، نصرت جعفری^۵

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، ^۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، ^۳ استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، ^۴ دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، ^۵ دستیار علمی روانشناسی دانشگاه پیام نور

*نویسنده پاسخگو: سمنان، مهدی شهر، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تلفن: ۰۲۲۳۳۶۲۳۳۰۰، Email: najafy2001ir@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف اساسی پژوهش حاضر، بررسی رابطه کارآیی خانواده و سلامت عمومی ایثارگران در استان ایلام بود. مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع همبستگی بود. بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ ایثارگر با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شد و پرسشنامه‌های کارآیی خانواده و سلامت عمومی روی آن‌ها اجرا گردید. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین کارآیی خانواده و سلامت عمومی رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین سازه نقش‌ها و حل مساله با سلامت عمومی نیز رابطه معناداری مشاهده شد. بعلاوه نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین سازه‌های کارآیی خانواده، سازه نقش‌ها و سپس حل مساله به ترتیب بیشترین تغییرات مربوط به سلامت عمومی را تبیین می‌کنند. نتیجه‌گیری: این نتایج بیانگر نقش و اهمیت کارایی خانواده در سلامت عمومی ایثارگران و خانواده‌هایشان است و دارای تلویحات کاربردی برای روانشناسان و متخصصان بالینی است.

کلید واژه: کارآیی خانواده، سلامت عمومی، ایثارگران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۱۴

مقدمه

سلامت نتیجه تعامل عوامل درونی و بیرونی (عوامل اجتماعی، زیست‌شناختی و روان‌شناختی) است، عوامل اجتماعی بویژه خانواده نقش مهم و موثری در بهداشت روانی افراد ایفا می‌کنند (به نقل از ۱) در بسیاری از تحقیقات همواره به نقش خانواده در حفظ سلامت و تحکیم روابط اجتماعی اشاره شده است (۲). ناسازگاری‌های درون خانواده سبب می‌گردد تا روابط اعضاء خانواده از هم بگسلد و وحدت میان اعضای خانواده به خطر افتد. بنابراین، اختلال، آسیب یا ناسازگاری‌های درون یک خانواده بر اعضای آن تأثیری عمیق دارد بطوریکه گاهی در شخصیت اعضای خود، بخصوص اعضای جوانتر، چنان تأثیری می‌گذارد که ممکن است آن‌ها را به سوی کجروی‌های اجتماعی سوق دهد (۳).

در کشور ما جنگ به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری مطرح می‌باشد (۴) وجود هشت سال جنگ و استرس موجب گردیده است تا اختلالات روانی ناشی از استرس‌های جنگ به عنوان اختلال شایعی در رزمندگان، جانبازان و خانواده‌های آنان مطرح گردد (۵). در واقع خانواده‌های شاهد و ایثارگر از جمله گروه‌هایی هستند که به علت شرایط خاص خود، در بعضی جنبه‌ها (معلولیت سرپرست، ازدواج مجدد و ...) از سایر خانواده‌ها متفاوت هستند و این امر می‌تواند آن‌ها را در معرض خطر آسیب‌های روانی اجتماعی قرار دهد. جنگ پیامدهای زیادی به دنبال دارد. از پیامدهای هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به‌طور مستقیم یا به‌طور غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. جنگ به عنوان یک عامل استرس‌زا می‌تواند منجر به عوارض ناگواری در زندگی انسان‌ها شود. افرادی که مستقیماً در جنگ شرکت می‌کنند و به نوعی در معرض آسیب‌های ناشی از آن قرار می‌گیرند اولین قربانیان جنگ هستند. اثرات جنگ تا اعماق خانواده‌ها و جامعه نفوذ می‌کند. آسیب‌های روانی تا مدت‌ها حتی پس از جنگ گریبانگیر آسیب‌دیدگان خواهد بود. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تأثیر از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد (۶). نتایج حاصل از یک مطالعه کیفی بر روی همسران بیماران روانی نشان‌داد که مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی روزمره، به‌طور عمیق کیفیت

زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود را کاهش می‌دهد (۷). لیونگ و لیونگ^۱ (به نقل از ۸) معتقدند که یکی از اصول بنیادین مهم در شخصیت و اجتماعی‌شدن تعامل با آن‌هایی است که از نظر عاطفی برای فرد اهمیت دارند، بنابراین کنش متقابل با والدین که روابط پیوسته با آن‌ها وجود دارد، بیشترین تأثیر را بر شخصیت دارد.

وجود معلولیت در یکی از اعضای خانواده معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده دارد. لذا مراقبت از فرد معلول زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب و در نتیجه بر کیفیت زندگی تأثیر سوء می‌گذارد (۹). مطالعات حاکی از آن است که اثرات جانبازی نه تنها روی فرد جانباز است، بلکه حوزه‌های دیگر عملکرد خانواده از جمله انسجام خانوادگی، رضایت والدینی، رابطه با همسر، هویت خود همسر، ایمنی عملکردی و هیجانی کودکان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. عملکرد ضعیف در این حیطه‌ها با میزان بالای طلاق و آشفتگی در روابط خانوادگی جانبازان در مقایسه با جمعیت عمومی مرتبط است (۱۰ و ۱۱). محیط خانواده بر سلامت تمام اعضای خانواده به عنوان یک واحد تأثیر می‌گذارد. نجفی و همکاران (۱۲) در تحقیقی بدین نتیجه دست‌یافتند که جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با سایر جانبازان در کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن نمرات پایین‌تری را گزارش نمودند. ریپتی^۲ و همکاران (۱۳) دریافتند که پیامدهای ضعیف سلامتی برای کودکان (شامل افسردگی، تحول ضعیف، میزان بالای بیماری، پیشرفت تحصیلی ضعیف) با محیط خانوادگی پر استرس ارتباط نزدیکی دارد. ویژگی‌های معمول محیط خانوادگی پر استرس جانبازان شامل سطوح بالای تعارض زناشویی، سبک فرزندپروری غیر پاسخگو و سرد، انزوای اجتماعی، خشم، فقدان صمیمیت هیجانی و مسئولیت‌پذیری، افسردگی والدینی، فقدان حمایت و انسجام خانوادگی است (۱۴). وجود جنگ و استرس‌های ناشی از آن موجب گردیده است تا سلامت ایثارگران و خانواده‌های آنان از جنبه‌های مختلف تحت تأثیر قرار گیرد. انطباق با شرایط و سازگاری زناشویی در خانواده‌هایی که سرپرست خانواده دارای اختلال است ضرورت بیشتری

^۱ Lenng & Lenng^۲ Repetti

هر شهر لیست خانوارهای ایثارگران هر شهر تهیه شد و به‌طور تصادفی تعدادی از آن‌ها انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها روی آن‌ها اجرا شد. پس از بررسی اولیه، پرسشنامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و نهایتاً ۳۲۶ پرسشنامه از ایثارگران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات و داده‌های این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- ابزار سنجش کارآیی خانواده (FAD)

این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین و همکاران با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌دهد. دامنه ضریب آلفای کرونباخ زیر مجموعه‌ها بین ۰.۷۲ تا ۰.۹۲ گزارش شده که نشان می‌دهد از همسانی درون خوبی برخوردار است. اعتبار و پایایی آزمون نیز قابل قبول و مطلوب گزارش شده است (به نقل از ۱۹). در ایران اولین کوشش علمی به منظور هنجاریابی و میزان‌سازی ابزاری جهت سنجش کارآیی خانواده را نجاریان (۲۰) به عمل آورد. وی در پژوهشی ضمن تأیید اعتبار نسخه فارسی این آزمون اعتبار کل آزمون را ۰.۹۳ بدست آورد و با استفاده از روش تحلیل عامل توانست سه سازه یا عامل را در این آزمون شناسایی و نامگذاری کند. این سازه‌ها عبارتند از: ۱- نقش‌های خانوادگی ۲- حل مسئله ۳- ابراز عواطف. اجرای FAD حدود ۱۵ تا ۲۵ دقیقه طول می‌کشد که هم به صورت گروهی و هم به صورت فردی قابل اجرا است. پرسشنامه طوری طراحی شده است که تمام اعضای بالای ۱۲ سال خانواده می‌توانند به آن پاسخ دهند. به هر سوال ۱ تا ۴ نمره تعلق می‌گیرد و عباراتی که توصیف‌کننده عملکرد ناسالم هستند، نمره معکوس می‌گیرند. نمرات بالا نشان‌دهنده عملکرد سالم و نمرات پایین نشان‌دهنده عملکرد مختل خانواده می‌باشد (۲۰).

تحقیقات انجام‌شده در ایران (۱۹-۲۲) بیانگر اعتبار و پایایی بالای این آزمون است. نجاریان (۲۰) ضریب آلفای کرونباخ سازه‌های نقش‌ها، حل مشکل و ابراز عواطف و کل مقیاس را در FAD-I II به ترتیب ۰.۷۵، ۰.۹۲، ۰.۷۷

دارد (۱۵). پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر وضعیت روانی، تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی خانواده هم‌چنان ادامه می‌یابد (۱۶). نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی به طور معنی‌داری آشفتگی ناشی از زندگی با بیمار را دارند (۱۷). هم‌چنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گردد. وجود فردی معلول روابط اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد چرا که آن‌ها نه تنها با محرومیت‌ها و تنیدگی‌ها روبرو بوده‌اند بلکه جنگ را نیز تجربه کرده‌اند. با توجه به اهمیت سلامت روان یک خلاء مطالعاتی درباره ارتباط متغیرهای مهمی همچون خانواده و سلامت عمومی در جامعه ایثارگران وجود دارد، این خلاء مطالعاتی مهم است چرا که عدم توجه به آن عواقب وخیمی به دنبال دارد. لذا سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بین کارآیی خانواده و سلامت عمومی ایثارگران ارتباطی وجود دارد؟ و اینکه کدام یک از سازه‌های کارآیی خانواده نقش مهم‌تری در پیش‌بینی سلامت عمومی دارد؟

مواد و روش‌ها

از آن‌جا که هدف این پژوهش بررسی رابطه کارآیی خانواده و سلامت عمومی ایثارگران است، لذا روش تحقیق حاضر از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه خانواده‌های ایثارگران (جانبازان و آزادگان) استان ایلام تشکیل می‌دهند. نمونه و روش نمونه‌گیری، با توجه به تعداد خانواده‌های ایثارگر انجام شده است. بدین ترتیب که ابتدا با توجه به متفاوت بودن شهرهای استان از لحاظ فرهنگی ابتدا چهار شهر انتخاب شدند. سپس با توجه به حجم جامعه در این شهرها با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ خانوار انتخاب شد. این حجم نمونه بر حسب جدول تعیین حجم نمونه از روی حجم جامعه تعیین شده است (جدول کرجسی و مورگان به نقل از ۱۸). براساس جدول کرجسی و مورگان برای تعیین حجم نمونه زمانی که حجم جامعه نزدیک به ۴۰۰۰ نفر باشد حجم نمونه‌ای به اندازه ۳۵۱ نفر کافی خواهد بود که در پژوهش حاضر ۴۰۰ خانوار در نظر گرفته شده است. سپس با هماهنگی‌های انجام‌شده با معاونت پژوهشی بنیاد شهید

¹ Family Assessment Device

II پس از تحلیل عاملی FAD توسط نجاریان بدان جهت که ساختار عاملی به دست آمده با ساختار اصلی آن متفاوت بود حرف "I" برای نشان دادن نسخه ایرانی مقیاس به آن اضافه گردید و FAD-I نامیده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی کارایی خانواده و سلامت روان در گروه نمونه ارائه شده‌است.

به منظور بررسی رابطه بین سلامت عمومی و مولفه‌های آن با کارایی خانواده و زیرمقیاس‌های آن از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین سلامت روان و مولفه‌های آن با کارایی خانواده و زیرمقیاس‌های آن ارائه شده‌است.

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود رابطه تمام مولفه‌های کارایی خانواده (به جز ابراز عواطف) با مولفه‌های سلامت عمومی منفی و معنادار است.

به منظور پیش‌بینی سلامت عمومی براساس زیرمقیاس‌های کارایی خانواده از رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده‌است.

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود در گام اول متغیر نقش‌ها وارد معادله رگرسیون شده‌است. این متغیر به تنهایی ۱۱ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین می‌کند ($R^2 = 0.11$). در گام دوم حل مساله وارد معادله رگرسیون شده‌است که این دو متغیر با هم ۱۳ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی نموده‌است.

و ۰.۹۳ گزارش نموده است که در سطح $P < 0.001$ همه سازه‌ها معنادار بوده‌اند. شایان ذکر است که در پژوهش حاضر از فرم اصلاح‌شده ۴۵ ماده‌ای FAD-I که توسط نجاریان (۲۰) هنجاریابی شده‌بود، استفاده شده‌است. صیادی (۲۱) آلفای کرونباخ در کل مقیاس را ۰.۹۳ و در سازه‌های نقش‌ها، حل مساله و ابراز عواطف به ترتیب ۰.۹۱، ۰.۸۷ و ۰.۶۳ گزارش کرده‌است. همچنین نجفی (۱۹) آلفای کرونباخ را در کل مقیاس ۰.۸۹ و در سازه‌های نقش‌ها، حل مساله و ابراز عواطف به ترتیب ۰.۹۱، ۰.۹۰ و ۰.۶۳ گزارش کرده‌است.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-II)

این پرسشنامه به صورت خودگزارش‌دهی است و توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ (به نقل از ۲۳) تدوین شده‌است. پرسشنامه سلامت عمومی شامل ۲۸ سوال و چهار خرده مقیاس است. مقیاس‌های تشکیل‌دهنده آن عبارتند از: علائم جسمانی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی. تقوی (۲۳) ضریب پایایی این پرسشنامه را به سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰.۷۰، ۰.۹۳ و ۰.۹۰ گزارش کرده‌است.

همچنین از پرسشنامه جمعیت‌شناختی جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی کارایی خانواده و سلامت عمومی در گروه نمونه

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت عمومی (کل)	۲	۷۶	۳۲.۷۱	۱۵.۲۲۵
نشانه‌های بدنی	۰	۲۱	۹.۸۴	۵.۰۳۴
اضطراب	۰	۲۱	۹.۹۳	۵.۳۲۵
نارساکنش‌وری اجتماعی	۰	۲۱	۷.۵۰	۳.۰۴۶
افسردگی	۰	۲۱	۵.۴۴	۴.۹۰۷
نقش	۲۳	۷۷	۵۹.۱۵۰۳	۱۰.۴۳۹۰۷
حل مساله	۱۸	۷۲	۱۹.۸۲۲۵	۱۰.۲۴۲۳۸
ابراز عواطف	۷	۲۸	۱۸.۸۶۳۵	۴.۴۴۵۴۶
کارایی خانواده (کل)	۷۳	۱۷۷	۱۳۳.۸۳۹۰	۱۸.۲۴۰۳۴

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین سلامت عمومی و کارایی خانواده در گروه نمونه

سلامت عمومی	سلامت عمومی (کل)	نشانه‌های بدنی	اضطراب	نارساکنش‌وری اجتماعی	افسردگی
کارایی خانواده (کل)	۰.۳۲**	۰.۲۲**	۰.۲۹**	۰.۲۱**	۰.۳۲**
نقش‌ها	۰.۳۳**	۰.۲۷**	۰.۳۲**	۰.۱۹**	۰.۲۹**
حل مساله	۰.۲۳**	۰.۱۲*	۰.۱۵**	۰.۲۱**	۰.۲۹**
ابراز عواطف	۰.۰۲	۰.۰۳	۰.۰۹	۰.۰۵	۰.۰۲

** $P < 0.01$

* $P < 0.05$

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون سلامت عمومی از روی مولفه‌های

کارآیی خانواده

گام	متغیر پیش‌بین	B	β	R	R^2
۱	نقش‌ها	-۰.۴۹۰*	۰.۲۳۴	۰.۳۳	۰.۱۱*
۲	نقش‌ها	-۰.۴۲۵*	-۰.۲۹۰	۰.۳۵	۰.۱۳*
	حل مساله	-۰.۲۰۳*	-۰.۱۳۶		

* $P < ۰.۰۵$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین کارآیی خانواده و سلامت عمومی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. باتوجه به اینکه نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی بیانگر نشانگان مرضی بیشتر و سلامت عمومی کمتر است، لذا همبستگی منفی و معنی‌دار بدین معنی است که هر چه کارآیی خانواده بالاتر باشد سلامت عمومی بیشتر است و بالعکس. این نتیجه با یافته‌های قبلی (۲۲ و ۲۴-۲۸) همخوانی دارد. تحقیقات ذکر شده هر یک به نوعی و با ابزارهای متفاوت بدین نتیجه دست یافته‌اند که کارآیی خانواده با سلامت عمومی ارتباط دارد. این نتیجه‌گیری همچنین با پژوهش جنانی (۲۹) نیز که ابعاد پیوستگی آرمان خانواده و بیانگری را پیش‌بینی‌کننده سلامت روان دانسته همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که عملکرد خانواده حاکی از مهارت‌های سازشی خانواده است که منجر به تحول و رشد آن می‌گردد. همچنین ابعاد کارآیی خانواده نشان‌دهنده وضعیت مطلوب خانواده از نظر رشدی، حل مساله، ارتباط، نقش‌ها، واکنش‌ها و درگیری‌های عاطفی است. به همین دلیل خانواده‌ای که دارای سطح مطلوبی از این ابعاد باشد، می‌توان گفت که بیشترین تاثیر مثبت را بر سلامت جسمانی و اعضای خانواده خود می‌گذارد، در نتیجه خانواده‌ای که دارای کارآیی خانواده بالاتری باشد از سلامت روان بالاتری نیز برخوردار است. پاترسون و لاسترن^۱ (۳۰) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد در خانواده‌های سالم استرس کمتری را نسبت به خانواده‌های پریشان تجربه می‌کنند. چون خانواده‌هایی که دارای عملکرد بهتری هستند از نظر ارتباط بین اعضای خانواده، ابراز محبت و احترام بین اعضا و سلسله مراتب قدرت در خانواده مشکلی ندارند، این ویژگی‌ها به گونه‌ای در سلامت روان نقش دارند. بنابر این پیش‌بینی می‌شود که خانواده‌های دارای عملکرد بهتر

از سلامت عمومی بهتر هم برخوردار باشند (۳۱). بر این اساس، می‌توان گفت که عملکرد خانواده با وضعیت روانی جانبازان مرتبط است و سلامت روان آن‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد و بالعکس. آسیب‌دیدگان جسمی جنگ اغلب به دلیل ناتوانی‌های فیزیکی با تغییراتی در شیوه زندگی، اشتغال، فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطات خانوادگی روبرو می‌باشند. مواجهه با فشارهای روانی ناشی از این تغییرات سلامت عمومی آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد. تحقیقات نشان داده‌است که عامل بسیار مهم در پیش‌بینی آسیب‌های ناشی از جنگ از جمله اختلال استرس پس از ضربه، حمایت اجتماعی و سازگاری خانواده است (۱۱). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سازه نقش‌ها و حل مساله با سلامت عمومی ایثارگران رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد و این دو سازه نقش مهم و معناداری در پیش‌بینی سلامت روان ایثارگران دارند. این نتیجه با یافته‌های صیادی (۲۱) و جعفری (۳۲) تاحدی همخوانی دارد. براساس این یافته‌ها می‌توان به این مساله اشاره کرد که با توجه به این که ایثارگران دارای آسیب‌های ناشی از جنگ هستند لذا اگر خانواده و اعضای آن نتوانند وظایف خود را به خوبی انجام دهند و حل مساله کنند این امر باعث استرس و در نتیجه آشفتگی خانوادگی می‌گردد. احتمالاً هر اندازه نقش‌ها در خانواده مشخص‌تر باشد و حل مساله صورت گیرد و خانواده در انجام وظایف و کارکردهای مورد نظر بهتر عمل کند، این امر به وضعیت روانی افراد خانواده کمک می‌کند. کارآیی خانواده در گرو مشخص بودن جایگاه و وظایف اعضای آن، تفاهم در باره نقش‌های محول‌شده و تعیین نقش‌ها و مرزها است. در توجیه این یافته باید گفت که چنانچه خانواده در مشخص کردن نقش‌ها و وظایف بین اعضا، قدرت برنامه‌ریزی برای انجام وظایف، تعیین نقش‌ها و مرزها برای اعضا و وضع مقررات برای برقراری نظم در خانواده، حمایت از یکدیگر در مواقع بحران و دوره‌های حساس، ارتباط صریح، مسئولیت‌پذیری عملکرد نامطلوب و نامشخص داشته‌باشد شیوع اختلالات روانی نزد جمعیت مورد مطالعه بیشتر خواهد شد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نقش‌ها و مسئولیت‌ها بخش مهمی از ساختار خانواده را تشکیل می‌دهند و نقش مهمی در بهداشت روانی اعضای خانواده دارد (به نقل از ۱۹). تغییر نقش‌های خانوادگی یکی از مسائل اصلی در خانواده‌های جانبازان و ایثارگران است. کمرختی هیجانی یا

^۱ Paterson & Lusteren

شدت بیماری (مثلا شدت اختلال استرس پس از سانحه) بر توانایی جانبازان در ایفای نقش والدینی (۳۳) و نقش همسری (۳۴) تاثیر می‌گذارد. ناتوانی جانبازان در بازگشتن به ایفای نقش‌های قبلی خود، در کل خانواده استرس ایجاد می‌کند و این امر موجب کناره‌گیری از حمایت هیجانی جانباز می‌شود و در نتیجه ترکیب این دو ایفای نقش اصلی جانباز را بیشتر دچار مشکل می‌کند و نوعی آشفتگی نقش به وجود می‌آید (۳۳). وسترنیک و کیراتانو^۱ (۳۵) طی مطالعه‌ای نتیجه‌گرفتند که همسران رزمندگان از سطح بالایی از علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی رنج می‌برند. لذا همین نشانگان مرضی باعث می‌شود که نتوانند نقش خود را به عنوان یک همسر ایفا کنند. همسران فشارها و مشکلات روانی ناشی از اختلال شوهرانشان را به صورت علایم جسمانی نشان می‌دهند و این بر عملکرد خانواده آن‌ها تاثیرگذار است. به صورت کلی باید گفت که همسران ایثارگران به خصوص ایثارگرانی که از مشکلات جدی رنج می‌برند، بار سنگینی را به دوش می‌کشند، ارتباط نزدیک و زندگی هر روزه با آن‌ها، مشکلات بین فردی و درون فردی بیشماری را برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد. همسران تنها کسانی هستند که بیشترین و نزدیک‌ترین تماس را با قربانیان اولیه دارند و به همین خاطر، احساس مسوولیت بیشتری می‌کنند این شرایط بار سنگینی را بر دوش آنان قرار می‌دهد و باعث می‌شود به خوبی نتوانند از عهده کارهای خود برآیند (۳۶). چنین به نظر می‌رسد که پیامدهای ناشی از جنگ بر خانواده اثر گذاشته و آن‌ها را از روند زندگی عادی باز می‌دارد. اعضای خانواده به مرور امید خود را به بهبودی فرد حادثه دیده از دست داده و به این می‌اندیشند که خانوادشان دیگر هیچ وقت مثل گذشته نخواهد شد و این نوع نگرش تاثیر منفی بیشتری دارد. در واقع همسر فرد جانباز اگر نتواند به خوبی خانواده و اعضای خانواده را مدیریت کند، عملکرد خانواده پایین می‌آید و نشانگان مرضی جانباز شدیدتر می‌شود و این امر بدتر شدن وضعیت سلامت روانی جانباز رابه دنبال دارد. شرایط خاصی که در خانواده ایثارگران حاکم است سبب می‌شود افراد خانواده آن‌ها در معرض خطر احساس انزوا، تهایی، از خود بیگانگی، عزت‌نفس پایین، درماندگی،

^۱ Westernnik & Giarratano

احساس درماندگی قرارگیرند و نتوانند به خوبی مسائل خود را حل کنند. بر مبنای این یافته اینگونه به نظر می‌رسد که وقتی در خانواده مشکلاتی بوجود بیاید و خانواده قدرت ابداع برای حل مشکلات خویش را نداشته‌باشد و در مواقع بحران از یکدیگر حمایت نکنند بهداشت روانی خانواده مختل می‌شود در نتیجه افراد خانواده از چنین مشکلاتی متأثر شده و نقش و جایگاه خود را گم کرده، دچار سردرگمی و آشفتگی می‌شود و بالعکس. بنابراین می‌توان گفت اگر خانواده در موقعیت‌هایی که مسائل و مشکلاتی بوجود بیاید، بتواند تدابیری برای حل این مشکلات بیابد و همچنین نظرات اعضای خانواده را محترم بشمارد، بر رشد اعضای خانواده تأثیر مثبت می‌گذارد. عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارضات همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم می‌باشد (۳۷). افرادی که با جنگ مواجه شده‌اند در کنترل خشم خود مشکل دارند و خشم تاثیر ناخوشایندی بر روابط زناشویی گذاشته و موجب کناره‌گیری عاطفی می‌گردد و همه این‌ها باعث می‌شود که عملکرد خانواده پایین بیاید و اعضای خانواده به خوبی نتوانند نقش‌های محول شده درون خانواده را خوب ایفا کنند و در نتیجه، احساس بیگانگی و انزوا در میان آن‌ها افزایش می‌یابد. به استناد یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که کاهش استرس و ارتقاء سطح سلامت و بالابردن عملکرد خانواده موضوع بسیار مهمی است که باید مورد توجه صاحب نظران بهداشتی قرار بگیرد. با حمایت‌های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می‌توان میزان پذیرش بیماران در خانواده را افزایش، عود بیماری را کاهش و روابط خانوادگی را مستحکم‌تر و رفاه و بهبود زندگی اعضاء خانواده را تأمین نمود.

همسران از اولین قربانیان ثانویه در خانواده‌های جانبازان هستند. آن‌ها منابع شخصی خود از قبیل زمان، انرژی، و حمایت عاطفی خود را به خاطر رنجی که فرد مبتلا می‌کشد، در اختیار او قرار می‌دهند و به طور دایم از فرد دارای اختلال مراقبت می‌کنند و از طرفی تا حدی باید نقش آنان در خانواده را نیز ایفا کنند و این امر خود، فشار روانی زیادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند و اگر نتوانند از راهبردهای مقابله‌ای موثری استفاده کنند وضعیت روانی

مداخله‌های درمانی برای جانبازان و ایثارگران به خصوص برای جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه آموزش‌های بین فردی برای اعضای خانواده و در نتیجه بالارفتن کارآیی خانواده را هدف قرار دهد. پژوهش حاضر صرفاً محدود به استان ایلام بوده‌است و تفسیر یافته‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود در سایر استان‌ها و با در نظر گرفتن سایر متغیرهای روانشناختی پژوهش‌های دیگری انجام شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام انجام شده‌است. بدین وسیله از بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام، معاونت بهداشت و درمان این سازمان و ایثارگران عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

خوبی نخواهند داشت و نمی‌توانند خانواده را در انجام کارها هدایت کنند (به نقل از ۳۶). حادثه ضربه‌ای می‌تواند به خودی خود یکی از دلایل افسردگی اعضای خانواده (۳۸). می‌توان از نقطه نظر آموزش‌های مداخله‌ای به ارتقاء سطح سلامت و و کارآیی خانواده جانبازان همت گماشت. خانواده به عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیانگذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است. میکولینسر^۱ و همکاران (۳۹) در پژوهش خود نشان داده‌اند که هرچه میزان صمیمیت زناشویی همسران بالاتر باشد، احساسات منفی شوهران کمتر بوده و سلامت روان‌شان بیشتر خواهد بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اعضای خانواده جانباز به خصوص همسران نقش بسیار مهمی را در ایجاد فضای مثبت خانواده ایفا می‌کنند و باید از مهارت‌های زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای بالایی برخوردار باشند و این امر نیازمند آموزش‌دادن به آن‌ها است. لذا پیشنهاد می‌شود

منابع

1. Macros, J., & McCabe, M. (2001). Relationship between identity and self-representation during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 2001; 30(5): 256-271
2. Santrock, J. W. (2005). *Adolescence*. The McGraw. Hill Companies. Wwww.Mhhe.Com/Santrockalo.
3. Minochin, S. family and family therapy. Translation of Bagher Sanai Zaker. Tehran: Tehran: Amir Kabir. 2004
4. Sirati M. The study of individual, family, social, and economic effective factors on mental health relapse in veterans' view Research design of Medical sciences university of Bagiyatollah, 2002.
5. Ahmadzadeh GH, Malekian, A. The comparison of aggression, anxiety, and social growth in adolescent children of PTSD veterans and adolescent children of non veterans in Esfehan Quarterly Journal of Medical Sciences of Lorestan, 2003; 5, 19.
6. Anisi J. The study of mental status of neuro-psycho veteran wives in comparison with non neuro psycho veteran wives M.A. dissertation, Allameh Tabatabaai University. (1998).
7. Jungbauer J., Wittmund B., Dietrich S., & Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30(3):665-675.
8. Borjali A. the influence of adjustment and parenting styles on student's psycho social development .PhD dissertation. Allameh Tabatabaai University. 1997
9. Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba MB, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*. 2003; 15; 98(4):854-64
10. Gavlovski T., Lyons JA. Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behaviour*. 2004; 9, 477-501
11. King D., Taft C., King L., Hammond C., Stone E. Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: a longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*. 2006; 36 (12), 2980-2992.
12. Najafi M, Mohammadyfar MA, Dabiri S., Erfani N, Kamary AA, The Comparison of the quality of life of the war veterans families with/without Post traumatic Stress Disorder. *Iranian Journal of War and Public Health*, 2011; 3 (11):27-35
13. Repetti RL. Taylor SE., Seeman TS. Risky families: family social environments and the mental and physical health of the offspring. *Psychological Bulletin*. 2002; 128 (2), 330-366.

^۱ Mikulincer

14. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and society. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 61 (5), 4-12.
15. Sigle R.W & McLahan S. Father absence and child well-being: A Critical Review. Center for research on child well-being. 2002
16. Dejkam M, Aminolraia A. The comparison of neuro psycho veteran wives' mental health who referred to Sadr hospital with neuro psycho veteran wives' mental health who referred to Emam Hosein hospital The first scientific conference of veteran and family, 2003; 114.
17. Martens L, Addington J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc psychiatry Epidemiol*, 36(3): 128.
18. Hasanazadeh, R. *Research Methods in Behavioral science*. Tehran: Savelan. 2006
19. Najafi M. The relationship between family function and religiosity with identity crisis. *Daneshvar*. 2006; 13(16): 17-26
20. Najarian F. effective factors in family function: the study of psychometric Properties of family assessment scale. M.A. dissertation, Islamic Azad University. 1993.
21. Sayadi A. The study of reciprocal effects of family function on development of adolescent's mental problems. M.A. dissertation, Allameh Tabatabaai University. 2000
22. Poyanfar A. The relationship between family function and general health. M.A. dissertation, Allzakra University. 2000
23. Taghavi S.M.R. Validity and reliability of General Health Questionnaire (G.H.Q) for University Students. *Journal of psychology*. 1999; 4: 81-98
24. Ginzburg K. Ein-Dor T., Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans *Journal of Affective Disorders* JAD. 2010; 123(1-3): 249-57
25. Sayers SL., Farrow VA., Ross J., & Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009; 70, 163-170.
26. Taft C., Schumm J., Panuzio J and Susan P. An Examination of Family Adjustment among Operation Desert Storm Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76, (4) 648-656
27. Davidson AC. & Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma? *Australian and New Zealand, Journal of Psychiatry*, 2001; 35, 345-351.
28. Khaghanizadeh M., Sirate Nir M., Influence of individual, familial and socioeconomic factors on severity of psychiatric symptoms in veterans with mental disorders. *Journal of Military Medicine*, 2004; 6 (1): 33-37
29. Janani K. The study of relationship between family internal interactions and mental health among students in Borojerd city. M.A. dissertation, tarbiat Moallem University. 1999
30. Patterson TR. & Lusteran DD. The relational reimbursement dilemma. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (35-41). New York: Routledge. 1996
31. Harvey M. *The handbook of couplestherapy*. New Jersey: Hoboken Press. 2005
32. Jafari A, Jamshid S, Fathiagdam G. The relationship between family function, religiosity with mental health and the comparison of their between boys and girls. *Counseling Research & Developments*. 2006; 6(22): 107-115
33. Samper R., Taft C., King D., King L. Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17 (4), 311-315.
34. Dekel R., Goldblatt H., Keidar M., Solomon Z., Polliack M. Being a wife of a veteran with posttraumatic stress disorder. *Family Relations*. 2005; 54 (1), 24-36.
35. Westernik J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Journal psychiatry* 1999; 33(6): 841.
36. Catherall DT. *Handbook of stress, Trauma, and the Family*. Brunner – Routledge. Taylor & Fracvis group. USA. 2004
37. Ports PR and Howl SC. Family functions and children post divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*; 1992; 62: 613-17.
38. Carlson EB, Ruzek J. PTSD and the family. National Center for PTSD, Department of veteran's affairs. 2005
39. Mikulincer M., Florian V., & Solomon Z. Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress, and Coping*, 1995; 8, 203-213.