



## بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی

امرا... ابراهیمی\*، دکتر جعفر بوآلهری\*\*، دکتر فضیله ذوالفقاری\*\*\*

### چکیده

**هدف:** با توجه به نقش منابع درونی مانند شیوه‌های مقابله و منابع برونی مانند حمایت اجتماعی در شیوه سازگاری افراد ضایعه نخاعی، در این پژوهش رابطه شیوه‌های مقابله‌ای و کیفیت روابط اجتماعی با میزان نشانه‌های افسردگی جانبازان قطع نخاعی مورد بررسی قرار گرفته است. روش: آزمودنیهای پژوهش را ۷۰ جانباز قطع نخاعی مقیم منزل تشکیل داده‌اند که به شیوه تصادفی انتخاب شده و به کمک مقیاس مقابله‌ای، پرسشنامه کیفیت روابط اجتماعی و پرسشنامه افسردگی بک ارزیابی شدند. داده‌های پژوهش به کمک آزمونهای آماری  $t$  و  $\chi^2$  دو تحلیل گردیدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد جانبازانی که کمترین میزان افسردگی را داشتند، به‌طور معنی‌داری از روشهای مؤثر مقابله‌ای متمرکز بر مسئله به‌ویژه روشهای روی آوردن به مذهب، مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و تفسیر مثبت استفاده می‌کردند. همچنین جانبازانی که بالاترین میزان نشانه‌های افسردگی را داشتند کمتر از جانبازانی که نشانه‌های افسردگی کمتری داشتند، از حمایت اجتماعی برخوردار بوده و کشمکش‌های میان فردی بیشتری را گزارش نمودند. همچنین اشتغال، اعزام داوطلبانه به جبهه‌ها (شاخصی از اعتقاد و تمرکز کنترل درونی) با نشانه‌های افسردگی کمتر رابطه داشت. نتیجه: این بررسی نشان‌دهنده نقش مؤثر حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله‌ای ویژه در کاهش نشانه‌های افسردگی، احساس بهتر و تحمل پیامدهای بیماریها و آسیب‌های جدی مانند قطع نخاع است.

Andoosheh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۴۰

### کلید واژه: جانباز قطع نخاعی، حمایت اجتماعی، مقابله با استرس، افسردگی

#### مقدمه

روانشناختی در توانبخشی و سازگاری پس از ضایعه نخاعی (تریسمن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰) نشان داده‌اند که این عوامل

بررسیهای انجام‌شده در زمینه نقش عوامل

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان. اصفهان، خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور (خورشید)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری (نویسنده مسئول).

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

\*\*\* دکتری تخصصی روانشناسی بالینی.

در سازگاری با بیماریهای مزمن و پیامدهای آن دارای اهمیت هستند. به ویژه طرز تلقی بیماران از چگونگی بیماری خود، روش سازگاری با آن و منابع حمایتی بیرونی مانند حمایت‌های اجتماعی (بامباردیر<sup>۱</sup> و دامیکو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱) بسیار مهم می‌باشند. گرچه بیماریهای مزمن مانند ضایعات نخاعی و پیامدهای آن از جمله افسردگی به عنوان شرایط فشارزا تلقی می‌شوند (بریکن<sup>۳</sup> و شپارد<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰) ولی این واکنش‌ها پیامد گریزناپذیر ضایعه نیستند و بستگی به قدرت عوامل خشی‌کننده فشار مانند حمایت اجتماعی و کارآمدی روشهای مقابله با استرس دارد (فرانک<sup>۵</sup>، الیوت<sup>۶</sup>، کورکران<sup>۷</sup> و واندربلیچ<sup>۸</sup>، ۱۹۸۷؛ الیوت، گادشال<sup>۹</sup>، هریک<sup>۱۰</sup>، ویتی<sup>۱۱</sup> و اسپورل<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۱).

مهارتهای مقابله با استرس دارای مفهوم گسترده و مؤلفه‌های شناختی و رفتاری چندی است. به طور کلی مقابله به عنوان کوششی برای افزایش سازگاری فرد با محیط یا تلاش به منظور پیشگیری از بروز پیامدهای منفی شرایط فشارزا توصیف شده است (لازاروس<sup>۱۳</sup> و فولکمن<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۴). پژوهشگران دو راه مهم مقابله با استرس را شیوه‌های سازگاری متمرکز بر مسأله<sup>۱۵</sup> که شامل فعالیتهای مستقیم به منظور تغییر یا اصلاح شرایطی است که تهدیدآمیز تلقی می‌شود و همچنین شیوه‌های سازگاری متمرکز بر هیجان<sup>۱۶</sup> که شامل فعالیت‌ها یا افکاری برای کنترل احساسات نامطلوبی است که از شرایط فشارزا به وجود آمده‌اند، بیان کرده‌اند. از سوی دیگر نقش حمایت اجتماعی به عنوان فرآیند ضربه‌گیر استرس<sup>۱۷</sup> اثرات زیان‌آور عوامل فشارزای درونی و بیرونی را دارد نیز مطرح شده است (ساراسون<sup>۱۸</sup>، پیرس<sup>۱۹</sup> و ساراسون، ۱۹۹۰).

سودمندی روانشناختی حمایت اجتماعی ممکن است ناشی از اثر آن روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس<sup>۲۰</sup> و مهارتهای فردی باشد (کوهن<sup>۲۱</sup> و مک‌کی<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۴؛ لیبرمن<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۲؛ پیرلین<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۱؛ به نقل از لیپور<sup>۲۵</sup>، ایوانز<sup>۲۶</sup> و اشتایدر<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۱). بررسیها نشان داده‌اند افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و

کشمکشهای میان فردی کمتری هستند در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند، به‌طور مؤثری مقابله می‌نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان می‌دهند (مونرو<sup>۲۸</sup>، بروم<sup>۲۹</sup>، کنل<sup>۳۰</sup>، اشتینر<sup>۳۱</sup>، ۱۹۸۶).

در میان شیوه‌های سازگاری با استرس، روش سازگاری دینی<sup>۳۲</sup> 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. (لوین<sup>۳۳</sup> و واندربول<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۲).

با توجه به اینکه کشور ما ۸ سال دفاع مقدس را پشت سر گذاشته و آمار افراد ضایعه نخاعی در ایران بیش از بسیاری کشورها است نیاز به بررسی و چاره‌اندیشی تدابیر درمانی مناسب برای این افراد احساس می‌شود.

در ایران پژوهشهای اندکی در این زمینه انجام شده است از جمله متینی‌صدر (۱۳۷۰) میزان افسردگی، حمایت اجتماعی و افکار خودکشی را در سه گروه جانبازان قطع نخاعی مقیم منزل، مقیم آسایشگاه و افراد سالم مقایسه نمود. یافته‌های وی نشان‌دهنده شدت افسردگی جانبازان قطع نخاعی مقیم آسایشگاهها بود. نامداری (۱۳۶۷) در پژوهشی با عنوان بررسی مسائل و مشکلات جانبازان و تقدیسی (۱۳۶۴) در بررسی

- |                              |               |
|------------------------------|---------------|
| 1- Bambardier                | 2- Damico     |
| 3- Breken                    | 4- Shepard    |
| 5- Frank                     | 6- Elliot     |
| 7- Corcoran                  | 8- Wanderlich |
| 9- Godshall                  | 10- Herrick   |
| 11- Witty                    | 12- Spruel    |
| 13- Lazaruse                 | 14- Folkman   |
| 15- problem-focused coping   |               |
| 16- emotion-focused coping   |               |
| 17- stress buffering process |               |
| 18- Sarason                  | 19- Pierce    |
| 20- self-esteem              | 21- Cohen     |
| 22- McKey                    | 23- Liberman  |
| 24- Pierlean                 | 25- Lepore    |
| 26- Evans                    | 27- Schneider |
| 28- Monore                   | 29- Bromet    |
| 30- Connell                  | 31- Steiner   |
| 32- religious coping         | 33- Levin     |
| 34- Vanderpool               |               |

چگونگی سازگاری جانبازان آسایشگاهها نشان دادند 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. در یک بررسی شدت افسردگی در جانبازان قطع نخاعی و غیر قطع نخاعی مقایسه شد، که یافته‌ها، شدت افسردگی را در جانبازان غیر قطع نخاعی نشان داد (اسدالهی و شیدایی، ۱۳۷۰). ابراهیمی، موسوی، سموعی، حسن‌زاده (۱۳۷۸) الگوی مقابله با استرس در معتادان خودمعرف را با گروه گواه مقایسه نمودند و نشان دادند که شیوه مقابله‌ای معتادان با گروه گواه متفاوت بوده و در الگوی مقابله‌ای آنها، روشهایی مانند تکانشوری، عدم درگیری ذهنی و رفتاری با مسئله، تفکر خرافی و آرزومندانه و استفاده از دارو و مواد بیشتر است. الوندی (۱۳۸۰) شیوه‌های مقابله با استرس را در کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پیش از ماه مبارک رمضان و پس از آن مقایسه نمود. یافته‌های پژوهشی نشان‌دهنده کاهش مقابله‌های منفی مانند تکانشوری، تفکر منفی و تفکر خرافی پس از ماه مبارک رمضان بوده است. این پژوهش با هدف بررسی رابطه میان شیوه‌های مقابله‌ای و کیفیت روابط اجتماعی با میزان افسردگی در جانبازان قطع نخاعی انجام شده است تا درسایه آن بتوان به تأمین و ارتقاء بهداشت روان این عزیزان که بخاطر مقدس‌ترین هدف فداکاری کرده و برخی از آنها دچار مشکلات عاطفی هستند کمک نمود.

## روش

آزمودنیهای پژوهش را ۷۰ نفر از جانبازان قطع نخاعی مقیم منزل تشکیل داده‌اند که در اثر جنگ تحمیلی دچار آسیب نخاعی شده‌اند. روش انتخاب و حجم نمونه با توجه به داده‌های بررسی راهنما تعیین شد. بررسی راهنما با ۲۵ نفر جانباز قطع نخاعی مقیم منزل انجام شد و هدف آن به‌دست آوردن داده‌هایی برای تعیین کمترین حجم نمونه در بررسی اصلی، بررسی میزان فهم آزمودنیها از پرسشها، شناخت مشکلات اجرایی و تصحیح پرسشها بوده است. در بررسی راهنما وضعیت دفاعی آزمودنیها و لزوم

انعطاف‌پذیری و برقراری رابطه با آنها پیش از اجرای آزمونها، تجدیدنظر و اصلاح برخی پرسشها نشان داده شد. همچنین در زمینه احساس گناه در پرسشنامه افسردگی بک لازم به نظر رسید که برای آزمودنیها توضیح داده شود تا احساس گناه حمل بر تواضع و ارزش اخلاقی نشود. ابزار به کار برده شده در این بررسی عبارت بود از:

۱- مصاحبه روانشناختی: از آنجا که جانبازان قطع نخاعی به لحاظ وضعیت بدنی خود دارای شرایط روانی ویژه‌ای هستند، اجرای آزمونهای روانی نیازمند مهارت ارتباطی، جلب همکاری و اعتماد آنهاست. بدین منظور برای برقراری رابطه مناسب و کاهش وضعیت دفاعی در هنگام اجرای آزمونهای روانی، از جلب اعتماد و برقراری ارتباط مناسب برای مصاحبه با رویکرد مشاوره‌ای بهره گرفته شد.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI)<sup>۱</sup> این آزمون برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی به کار گرفته شد. این ابزار از ابزارهای رایج سنجش افسردگی است و بررسیهای بسیاری در زمینه چگونگی روان‌سنجی (روایی، پایایی) آن برای ارزیابی در جمعیت بالینی و عمومی انجام شده است (هرسن<sup>۲</sup>، و بلاک<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸). در این پژوهش، پرسشنامه ۲۱ سؤالی آن که در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان در انستیتو روانپزشکی تهران ترجمه و تدوین شده به کار رفته است. در ایران کیفیت روان‌سنجی آن توسط تشکری، بارفوت و مهریار (۱۹۸۹)، به نقل از متینی‌صدر، (۱۳۷۰) بررسی شده و روایی محتوا، سازه و ملاکی آن برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در جمعیت بالینی و بهنجار تأیید شده است. ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری (۱۳۷۱) ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی روی ۲۰ آزمودنی بهنجار با فاصله دو هفته ۰/۷۶ گزارش نمودند.

۳- پرسشنامه کیفیت روابط اجتماعی (QRI)<sup>۴</sup> این پرسشنامه توسط پیرس، ساراسون و ساراسون (۱۹۹۱) برای ارزیابی کیفیت رابطه با افراد مهم تهیه

1- Beck Depression Inventory

2- Hersen

3- Belleack

4- Quality of Relationship Inventory

شده است. دارای سه مقیاس حمایت اجتماعی (۷ ماده)، اهمیت و عمق روابط (۸ ماده) و مقیاس کشمکش‌های میان فردی (۱۴ ماده) است. پیرس و همکاران (۱۹۹۱) پایایی آن را به روش بازآزمایی روی ۹۴ دانشجوی پسر و ۱۱۶ دانشجوی دختر با فاصله دو هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ گزارش نمودند.

۴- چک لیست مقیاس‌های مقابله (CSR)<sup>۱</sup> که توسط کارور<sup>۲</sup>، شیر<sup>۳</sup>، و تراب<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) تهیه شده و ۱۸ روش مقابله را در ۴ راهبرد کلی متمرکز بر مسأله، متمرکز بر عاطفه، کمتر مفید و غیر مؤثر اندازه‌گیری می‌کند. پایایی این مقیاس توسط کارور و همکاران (۱۹۸۹) از طریق بازآزمایی با اجرای دو نمونه، نمونه نخست شامل ۸۹ دانشجو پس از ۸ هفته و نمونه دوم ۱۱۶ دانشجو پس از ۶ هفته ارزیابی گردید. بالاترین ضرایب پایایی برای روش سازگاری جستجوی حمایت اجتماعی (۰/۷۸) و پایین‌ترین ضرایب پایایی برای مقیاس عدم درگیری رفتاری (۰/۴۲) گزارش گردید. روایی همگرا و افتراقی این مقیاس از طریق تعیین ضریب همبستگی با سایر آزمونهای موازی تعیین شد که نشان‌دهنده روایی مطلوب این مقیاس برای سنجش شیوه‌های مقابله با استرس بود (کارور و همکاران، ۱۹۸۹). در ایران ابراهیمی و همکاران (۱۳۷۱) این آزمون را ترجمه و روایی صوری آن توسط ۴ روانشناس و روانپزشک با توجه به اهداف پژوهش تأیید گردید. ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی روی ۲۰ دانش‌آموز پسر دبیرستانی با میانگین سنی  $17/4 \pm 2/6$  با فاصله دو هفته تعیین شد که بالاترین ضریب پایایی برای مقیاس روی آوردن به مذهب ( $r=0/95$ ) و پایین‌ترین آنها برای مقیاس عدم درگیری رفتاری ( $r=0/63$ ) بدست آمد.

۵- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، که برای تکمیل اطلاعات فردی به کار برده شد. برای انجام پژوهش و گردآوری داده‌ها پس از هماهنگی با آزمودنی‌ها و در وقت مناسب در منزل، آسایشگاه یا بنیاد، ملاقات انجام می‌شد. پس از گفتگوهای

معمولی، بیان هدفهای پژوهش و جلب همکاری، پرسشنامه‌ها تکمیل می‌گردید.

بر پایه نمرات به‌دست آمده در آزمون BDI آزمودنی‌ها به دو گروه دارای بالاترین و پایین‌ترین میزان افسردگی تقسیم شدند. سپس این دو گروه از نظر متغیرهای مستقل پژوهش (شیوه‌های مقابله، حمایت اجتماعی، روابط تعارضی و برخی ویژگیهای فردی - اجتماعی) مقایسه شدند. تحلیل آماری به کمک آزمون t و خی دو انجام شد.

ملاک انتخاب افراد برای گروههای بالا و پایین، نقاط برش پرسشنامه افسردگی یک بود. افرادی که نمره افسردگی آنها ۱۴ یا بیشتر بود در گروه افسرده (با شدت افسردگی بالا) آنهايي که نمره افسردگی ۹ یا زیر ۹ داشتند، گروه دارای افسردگی پایین، آنهايي که نمره‌ای بین ۹ تا ۱۴ داشتند گروه مرزی که از بررسی کنار گذاشته شدند. بنابراین دو گروه با حجم نمونه ۳۰ نفر در هر گروه، از نظر متغیرهای پژوهشی مقایسه شدند.

#### یافته‌ها

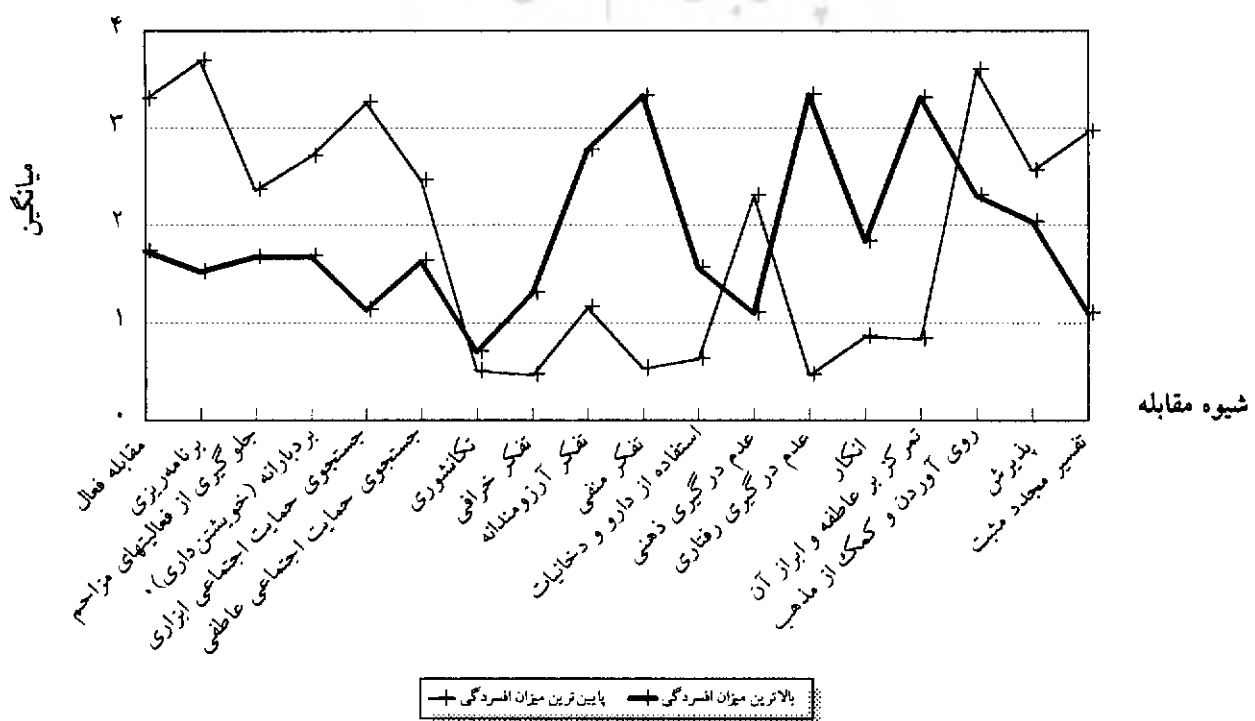
مقایسه دو گروه از جانبازان قطع نخاعی دارای افسردگی بالا و پایین از نظر شیوه‌های مقابله با استرس نشان داد که سبک مقابله‌ای آنها در ۱۶ روش مقابله با استرس دارای تفاوت معنی‌دار است ( $P < 0/05$ ). تنها در روشهای مقابله پذیرش، مقابله جستجوی حمایت عاطفی و تکانشوری دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشتند. به بیان دیگر رابطه معنی‌داری میان افسردگی و سبک مقابله دیده شد (جدول ۱ و نمودار ۱).

همچنین مقایسه دو گروه یادشده برحسب نمرات روابط اجتماعی (QRI) نشان داد که تفاوت دو گروه در خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی، کشمکش‌های میان فردی و خرده مقیاس عمق روابط با افراد کلیدی زندگی معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ). به بیان دیگر جانبازانی که کمترین نشانه‌های افسردگی را داشتند میزان حمایت اجتماعی بیشتر و کشمکش‌های کمتری را تجربه کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه جانبازان مورد بررسی (با افسردگی بالا و افسردگی پایین) برحسب شیوه‌های مقابله با استرس

شیوه‌های مقابله	گروه ۲		گروه ۱		گروهها
	پایین‌ترین میزان افسردگی		بالاترین میزان افسردگی		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
فعال	۰/۱۸	۱/۰۴	۳/۳	۱/۳۲	۱/۷۳
برنامه‌ریزی	۷/۲۳	۱/۰۸	۳/۶۹	۱/۲۴	۱/۵۲
جلوگیری از فعالیتهای مزاحم	۲/۱۵	۱/۵۲	۲/۳۶	۱/۵۳	۱/۶۷
بردبارانه (خویش‌داری)	۲/۹	۱/۹۷	۲/۷۱	۱/۵۴	۱/۶۸
جستجوی حمایت اجتماعی ایزاری	۵/۲۵	۱/۰۵	۳/۲۶	۱/۹۶	۱/۱۳
جستجوی حمایت اجتماعی عاطفی	N.S.	۱/۶۶	۲/۴۶	۱/۲۸	۱/۶۳
تکانشوری	N.S.	۰/۸۶	۰/۹	۰/۸۸	۰/۷
تفکر خرافی	۳/۳۶	۰/۶۶	۰/۴۶	۱/۲۴	۱/۳
آرزومندانه	۲/۵۲	۱/۳۱	۱/۱۶	۱/۳۸	۲/۷۷
تفکر منفی	۱۱/۶۷	۱/۹۲	۰/۵۳	۱/۰۱	۳/۳۳
استفاده از دارو و دخانیات	۵/۱۹	۰/۷۹	۰/۶۳	۱/۵	۱/۵۶
عدم درگیری ذهنی	۳/۲۱	۱/۳۳	۲/۳	۱/۲۲	۱/۱
عدم درگیری رفتاری	۷/۷۹	۰/۸	۰/۴۶	۱/۰۷	۳/۳۴
انکار	۳/۰۳	۱/۰۲	۰/۸۶	۱/۴۶	۱/۸۳
تمرکز بر عاطفه و ابراز آن	۹	۱/۱۸	۰/۸۳	۱/۰۷	۳/۳۱
روی آوردن و کمک از مذهب	۵	۰/۶۱	۳/۶	۱/۲۱	۲/۳
پذیرش	N.S.	۱/۵۵	۲/۵۶	۱/۴	۲/۱۳
تفسیر مجدد مثبت	۵/۶۳	۱/۱۳	۲/۹۶	۱/۴۶	۱/۱

نمودار ۱- مقایسه دو گروه جانبازان (افسردگی بالا و پایین) از لحاظ نمره شیوه‌های مقابله با استرس



جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت روابط اجتماعی دو گروه جانبازان (دارای بالاترین و پایین‌ترین میزان

افسردگی)

سطح معنی‌داری	df	نمره t	گروه ۲		گروه ۱		گروهها	کیفیت رابطه
			پایین‌ترین میزان افسردگی		بالاترین میزان افسردگی			
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۱	۵۸	۱۵	۵/۲۲	۱۹/۳۷	۳/۲۳	۱۰/۶۶	حمایت از والدین	
۰/۰۱	۲۵	۶/۳۷	۳/۵۹	۲۱/۰۵	۲/۷۶	۱۲/۱۸	حمایت از همسر	
۰/۰۱	۵۸	۶/۶۶	۴/۰۵	۱۷/۶	۲/۷۳	۱۱/۲۳	حمایت از دوستان	
۰/۰۱	۵۸	۱۱/۵۵	۴/۳۸	۱۷/۷۳	۶/۸	۳۳/۷۳	تعارض با والدین	
۰/۰۱	۲۵	۹/۸۹	۳	۱۵/۶	۸/۵	۳۷/۱۸	تعارض با همسر	
۰/۰۱	۵۸	۹/۸۴	۳/۷	۱۷/۵۶	۷	۳۱/۷۳	تعارض با دوستان	

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، خویشترداری، جستجوی حمایت عاطفی بود.

از سوی دیگر الگوی مقابله‌ای جانبازان که بالاترین میزان نشانه‌های افسردگی را داشتند عبارت از مقابله تفکر منفی، عدم درگیری رفتاری با مشکلات، مقابله متمرکز بر عاطفه و ابراز ناراحتی، تفکر آرزومندانه، انکار، استفاده از دارو و دخانیات و جستجوی حمایت عاطفی بود. این یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط میان شیوه‌های مقابله و بهداشت روانی و هماهنگی با یافته‌های گزارش شده در بررسی فرانک، املاف<sup>۱</sup>، و اندرلیچ، آشکانازی<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) مبنی بر ارتباط روشهای مقابله با استرس و آشفتگی روانی افراد دچار ضایعه نخاعی است. الیوت و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که روشهای مقابله‌ای متمرکز بر مسأله از ویژگی‌های افرادی است که سلامت روانی و سازگاری اجتماعی خوبی دارند و همسو با نتایج این پژوهش است. از آنجا که جانبازان، معلولین تصادفی نیستند بلکه بواسطه

یافته دیگر این پژوهش مقایسه دو گروه یادشده از لحاظ اشتغال و روش اعزام به جبهه‌های جنگ (داوطلب و غیر داوطلب) بود. در گروه غیر افسرده شمار کسانی که داوطلبانه اعزام شده‌اند بیشتر بوده است.

همچنین میزان اشتغال در گروه غیر افسرده بالاتر بوده است ( $P < 0/05$ ). از این رو رابطه معنی‌داری میان شیوه اعزام به جبهه با بهداشت روانی پس از مجروحیت و همچنین میان اشتغال و بهداشت روانی جانبازان وجود دارد.

## بحث

هدف این پژوهش بررسی و تعیین ارتباط میان مهارتهای مقابله با استرس، کیفیت حمایت اجتماعی و کشمکش‌های میان فردی بر سازگاری و بهداشت روانی جانبازان قطع نخاعی بود. 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 معنی‌داری داشتند ( $P < 0/05$ ). الگوی مقابله‌ای جانبازانی که دارای کمترین نشانه‌های افسردگی بودند، بیشتر روشهای

هدفهای متعالی دچار این وضعیت شده‌اند، روش مقابله مذهبی آنها برجستگی ویژه‌ای دارد. یافته‌های پژوهش‌های شیلر<sup>۱</sup> و لوین (۱۹۸۸) 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. قرآن کریم آرامش روانی را در سایه یاد خداوند می‌داند (سوره رعد، آیه ۳۸) و توصیه می‌کند که در هنگام رویارویی با مشکلات از نماز، روزه، صبر و یاد خداوند کمک گرفته شود و آرامش روانی را چیزی می‌داند که خداوند بر قلب مؤمنین فرو می‌فرستد (سوره فتح، آیه ۴).

یافته دیگر پژوهش در ارتباط با تفاوت دو گروه از نظر حمایت اجتماعی و کشمکش‌های میان فردی نشان داد جانبازانی که افسردگی کمتری داشته و به بیان دیگر از سلامت روانی بیشتری برخوردارند حمایت اجتماعی بیشتری را از والدین، همسر و دوستان گزارش نموده‌اند. این یافته‌ها بر اهمیت حمایت اجتماعی در پیشگیری از آشفتگی روانی تأکید می‌کند (لیپور و همکاران، ۱۹۹۱). بررسی‌ها نشان داده‌اند که ارتباط با افراد صمیمی، محرم و قابل اعتماد خطر آشفتگی روانی را در رویارویی با فشار کاهش می‌دهد (توتیس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶). به بیان دیگر حمایت اجتماعی از سوی افراد کلیدی افزایش احترام به خود، کاهش سرزنش خود، کمتر تهدیدآمیز تلقی کردن بیماری و مشکلات، سازگاری بهتر را به دنبال دارد. از سوی دیگر جانبازانی که افسردگی بیشتری داشتند، کشمکش‌های بیشتری را گزارش نمودند. به نظر می‌رسد کشمکش‌های میان فردی با افراد مهم زندگی با افسردگی و آشفتگی درونی رابطه معنی‌داری دارد (ابی<sup>۳</sup>، آبرامیس<sup>۴</sup>، کاپلان<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵). کشمکش‌های میان فردی توان مقابله‌ای فرد، احساس خود ارزشمندی را کاهش و احساس تهدیدآمیز بودن رخدادهای زندگی را افزایش می‌دهد. ارتباط میان داوطلب بودن در اعزام به جبهه و سلامت روانی پس از ضایعه نخاعی یکی دیگر از یافته‌های این

بررسی است. افراد داوطلب به‌طور معنی‌داری افسردگی کمتری را گزارش نمودند. این یافته‌ها شاید نشانگر قبول مسئولیت حادثه، منبع کنترل درونی و اعتقاد ایمان بیشتر به هدف و راه انتخاب شده باشد. بررسی‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که (اکنور<sup>۶</sup> و رابرت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰) ایمان و باور داشتن هر چیز توان و تحمل فرد را در رویارویی با پیامدهای آن افزایش می‌دهد. فرانک و همکاران (۱۹۸۷) نیز نشان دادند که بین تمرکز کنترل درونی و قبول مسئولیت آگاهانه با بهداشت روانی و سازگاری پس از ضایعه نخاعی همبستگی مثبت وجود دارد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که همراه با شیوه‌های درمانی و توانبخشی جسمی این عزیزان، به آن دسته از جانبازان که مشکلات عاطفی نیز دارند روشهای عینی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، اصلاح روابط میان فردی و روشهای دیگر تغییر و اصلاح شناختی ارائه شود.

### منابع

- ابراهیمی، امرا...؛ بوالهروی، جعفر؛ ذوالفقاری، فضیله (۱۳۷۱). مطالعه جنبه‌های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ابراهیمی، امرا...؛ موسوی، سیدغفور؛ سموعی، راحله؛ حسن‌زاده، اکبر (۱۳۷۸). مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در معنادران خود معرف و گروه کنترل. مجله پژوهش در علوم پزشکی اصفهان، سال هفتم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۱، ص ۱۷۶-۱۷۵.
- اسداللهی، قربانعلی؛ شیدائی، محمدرضا (۱۳۷۰). مقایسه شدت و میزان افسردگی در مجروحین قطع نخاع و غیر قطع نخاع

3- Shiller  
3-Abbey  
5- Caplan  
7- Robert

2- Thoits  
4- Abramis  
6- O'conor

Elliot, T., R., Godshall, F., Herrick, S., Witty, T., & Spruel, M. (1991). Problem solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 387-393.

Frank, R. G., Elliot, T., Corcoran, J., & Wonderlich, S. (1987). Depressive following spinal cord injury: is it necessary? *Clinical Psychology Review*, 7, 611-630.

Frank, R. G., Umlauf, R., Wonderlich, S., & Ashkanazi, G. (1987). Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: a cluster analytic approach. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 55, 727-731.

Hersen, M., & Bellack, A. (1988). *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*, London: Pergamon Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lepore, S.J., Evans, G. W., & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 899-909.

Levin, J. S., & Vanderpool, H. (1992). *Religious factor in physical health and the prevention of illness*. New York: Haworth Press.

Monroe, S.M., Bromet, E.J., Connell, M.M., & Steiner, S. C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 424-431.

O'Connor, B.P., & Vallerand, R. J. (1990). Religious motivation in the elderly, a French-Canadian replication and an extension. *Journal of Social Psychology*, 130, 53-59.

که درصد از کارافتادگی بالاتر از ۷۰٪ دارند در شهر اصفهان. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. گزارش منتشر نشده. الوندی، محمد (۱۳۸۰) بررسی و مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پیش و پس از ساه مبارک رمضان. پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.

تقدیمی، محمدحسین (۱۳۶۴). چگونگی سازگاری اجتماعی معلولین توانبخشی جانبازان انقلاب اسلامی امام خمینی و ارائه پیشنهادهایی جهت بهبودی وضع آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.

قرآن کریم. سازمان انتشارات جاویدان، تهران، ۱۳۶۹  
متینی صدر، محمدرضا (۱۳۷۰). بررسی افسردگی و تمایلات خودکشی در جانبازان بستری در آسایشگاهها تهران و مقایسه با جانبازان قطع نخاعی بستری در منزل و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

نامداری، کوروش (۱۳۶۷). بررسی مشکلات و مسائل جانبازان انقلاب اسلامی ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.

Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of difference sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Psychology*, 6, 111-130.

Bambardier, C. H., Damico, C. (1991). The relationship of appraisal and coping to chronic illness and adjustment. *Behavior Therapy and Research*, 28, 267-304.

Brecken, M. B., & Shepard, J. J. (1980). Coping and adaptation following actual spinal cord injury: Theoretical analysis. *Paraplegia*, 18, 74-85.

Carver, C.S., Scheier, M.R., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 267-283.



Pierce, G.R., Sarason, I.G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perception of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.

Sarason, I.G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1990). Social support and interactional processes: a triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 465-506.

Schiller, P. L., & Levin, J. S. (1988). Is there a

religious factor in health care utilization?: a review. *Social Science and Medicine*, 27, 1369-1376.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 419-423.

Trieschman, R. B. (1980). *Spinal cord injuries: social, psychological and vocational adjustment*. New York: Pergamon Press.

## کتاب

# بهداشت روان

برای کارشناسان و کاردان‌های بهداشتی

با پیوست بهداشت روانی برای بهورزان

ویرایش ۸۱

نگارش: دکتر جعفر بوالهیری

و

با یادی از دکتر داود شاه‌محمدی

## منتشر شد.

انتشارات بشری، تلفن و فاکس: ۶۴۰۶۴۱۵، تهران، خیابان انقلاب، خیابان قدس،

پلاک ۷، واحد ۴

Andeeshah  
Va  
Raftar

اندیشه و رفتار

۴۸