



بررسی اثربخشی مراکز مشاوره در کاهش مشکلات سلامت روان و افزایش شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس

مجری طرح: لاله بابانظری

ناظر علمی: دکتر محبوبه فولادچنگ

داور نهایی: دکتر محمدرضا تقوی

سال اجرا: 1389



چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مراکز مشاوره در کاهش مشکلات سلامت روان و افزایش شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس بود. در بخش اول طرح که خود یک طرح زمینه یابی مجزا بود، 565 نفر از اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس به وسیله پرسشنامه های سلامت عمومی و شادکامی آکسفورد مورد مطالعه قرار گرفتند.

تحلیل نتایج این بخش نشان داد که در مجموع 9/21 درصد اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر مشکوک به اختلال روانی هستند. بین سلامت روان و شادکامی خانواده های شاهد و ایثارگر، رابطه معناداری وجود داشت.

همچنین بر اساس تحلیل های اولیه، سلامت روان و شادکامی خانواده های شاهد و ایثارگر با سطح تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت تأهل رابطه داشت. اما پس از اجرای تحلیل رگرسیون همزمان تنها مدلی که شامل متغیر تحصیلات بود توانست به طور معناداری تغییرات متغیر ملاک سلامت روان و یا شادکامی خانواده های شاهد و ایثارگر را تبیین کند.

در بخش دوم پژوهش که یک طرح نیمه تجربی بود، 56 نفر از افراد مشکوک به اختلال های روانی به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. افراد گروه آزمایش حداقل 8 جلسه درمانی از مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران دریافت نمودند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. تحلیل کواریانس نتایج نشان داد، دریافت درمان از مراکز مشاوره به طور معناداری موجب کاهش اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و مشکلات سلامت روان گروه آزمایش گردید، اما در بهبود نشانه های بدنی، افسردگی و افزایش شادمانی اثر معناداری نداشت.

کلید واژگان: مرکز مشاوره، اثر بخشی، سلامت روان، شادکامی، خانواده شاهد و ایثارگر.



اهداف پژوهش

الف) هدف کلی

- تعیین میزان اثربخشی مراکز مشاوره بنیاد شهید در کاهش مشکلات سلامت روان و افزایش شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

ب) اهداف جزئی

- شناخت میزان سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

- آگاهی از بالاترین مؤلفه سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر.

- بررسی رابطه سلامت عمومی با شادمانی و مؤلفه های آن در خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

- بررسی رابطه مؤلفه های سلامت روان (نشانه های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و

افسردگی) با شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

- بررسی رابطه سطح درآمد و سلامت روان در خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.



- بررسی رابطه سطح درآمد و شادمانی در خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

- بررسی رابطه سطح تحصیلات با سلامت روان در خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

- بررسی رابطه سطح تحصیلات با شادمانی در خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس.

- مقایسه زنان و مردان خانواده های شاهد و ایثارگر در سلامت روان.

- مقایسه زنان و مردان خانواده های شاهد و ایثارگر در شادمانی.

- مقایسه فرزندان مجرد و متأهل شاهد و ایثارگر در سلامت روان.

- مقایسه فرزندان مجرد و متأهل شاهد و ایثارگر در شادمانی.

- تعیین سهم هر کدام از متغیرهای سطح تحصیلات، سطح درآمد، جنسیت و وضعیت تأهل در خانواده های شاهد و ایثارگر بر میزان سلامت روان آنان.

- تعیین سهم هر کدام از متغیرهای سطح تحصیلات، سطح درآمد، جنسیت و وضعیت تأهل در خانواده های شاهد و ایثارگر بر میزان شادمانی آنان.

- شناخت میزان رضایت مراجعان به مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران.



- مقایسه سلامت روان اعضای خانواده شاهد و ایثارگر قبل و بعد از مشاوره در مراکز مشاوره بنیاد شهید.

-مقایسه شادمانی اعضای خانواده شاهد و ایثارگر قبل و بعد از مشاوره در مراکز مشاوره بنیاد شهید.

- مقایسه سلامت روان اعضای خانواده شاهد و ایثارگر که از خدمات مراکز مشاوره بنیاد شهید استفاده نموده اند، با اعضای همتا که از این خدمات سود نبرده اند.

- مقایسه شادمانی اعضای خانواده شاهد و ایثارگر که از خدمات مراکز مشاوره بنیاد شهید استفاده نموده اند، با اعضای همتا که از این خدمات سود نبرده اند.

سؤال های پژوهش

- میزان سلامت روان و مؤلفه ها ی آن (اضطراب، نشانگان بدنی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در خانواده ها ی شاهد و ایثارگر استان فارس چقدر است؟

- بیشترین و کمترین فراوانی موارد مشکوک بر اختلال روانی متعلق به کدام خرده مقیاس آزمون GHQ (اضطراب، نشانگان بدنی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) است؟



- آیا بین میزان سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر و میزان شادمانی آنان رابطه معناداری وجود دارد؟
- آیا بین میزان سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر، با سطح تحصیلات آنان رابطه معناداری وجود دارد؟
- آیا بین میزان شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر، با سطح تحصیلات آنان رابطه معناداری وجود دارد؟
- آیا بین میزان سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر، با سطح درآمد آنان رابطه معناداری وجود دارد؟
- آیا بین میزان شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر، با سطح درآمد آنان رابطه معناداری وجود دارد؟
- آیا میزان سلامت روان مردان و زنان در خانواده های شاهد و ایثارگر، تفاوت معناداری دارد؟
- آیا میزان شادمانی مردان و زنان در خانواده های شاهد و ایثارگر، تفاوت معناداری دارد؟
- آیا میزان سلامت روان اعضای مجرد و متأهل خانواده های شاهد و ایثارگر، تفاوت معناداری دارد؟
- آیا میزان شادمانی اعضای مجرد و متأهل خانواده های شاهد و ایثارگر، تفاوت معناداری دارد؟
- هر کدام از متغیرهای سطح تحصیلات، سطح درآمد، جنسیت و وضعیت تأهل چه مقدار از واریانس سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر را تبیین می کند؟



- هر کدام از متغیرهای سطح تحصیلات، سطح درآمد، جنسیت و وضعیت تأهل چه مقدار از واریانس شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر را تبیین می کند؟
- میزان رضایت مراجعان به مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی از خدمات ارائه شده توسط آنان چقدر است؟

فرضیه های پژوهش

- دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش مشکلات سلامت روان اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، اثر مثبت دارد (فرضیه اصلی پژوهش).
- دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش نشانگان بدنی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، اثر مثبت دارد.
- دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش اضطراب اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، اثر مثبت دارد.



- دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، اثر مثبت دارد.
- دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش افسردگی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، اثر مثبت دارد.
- دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در افزایش شادمانی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، اثر مثبت دارد.

روش تحقیق

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه افراد خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس بودند. در بخش مقدماتی با توجه به هدف اصلی پژوهش ابتدا 6 شهرستان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس که دارای مراکز مشاوره فعال هستند یعنی شهرهای شیراز، کازرون، مرودشت، فسا، آباده و جهرم به عنوان نمایندگان استان انتخاب شدند و در مجموع 565 آزمودنی از این شهرستان ها به تصادف برگزیده و



مورد آزمون قرار گرفتند. دامنه سنی آزمودنی ها 15 تا 64 و میانگین آن 59/37 بود. در مرحله دوم از مجموع افراد گروه نمونه، ابتدا دو شهر شیراز و کازرون به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و افرادی که در این شهرها بر اساس نقطه برش های پرسشنامه سلامت عمومی دارای مشکلات سلامت روان بودند، شناسایی شدند. این افراد در هر کدام از شهرستان ها به تصادف دوگروه آزمایش و کنترل تقسیم شده و گروه های آزمایش به مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران ارجاع داده شدند. از آنجا که ملاک شرکت در مرحله آزمایشی دریافت حداقل 8 جلسه مشاوره بود، با ریزش تعدادی از اعضای نمونه تا پایان جلسات 16 نفر در کازرون و 12 نفر در شیراز در گروه های آزمایش باقی ماندند و با در نظر گرفتن حجم گروه کنترل در مجموع 32 نفر در کازرون و 24 نفر در شیراز مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ-28)

پرسشنامه ی سلامت عمومی يك پرسشنامه ی سرندي مبتني بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد.



در این پژوهش از فرم 28 سوالی این پرسشنامه استفاده شد. فرم 28 ماده ای دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس است که هر کدام 7 سؤال دارد. مقیاس A یا نشانگان بدنی، شامل مواردی درباره ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست. مقیاس B یا اضطراب و بی خوابی، شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی ارتباط دارند. خرده مقیاس C یا نارسا کنش وری اجتماعی، گستره ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره می سنجد و احساسات آنها را در باره موقعیت های متداول زندگی آشکار می کند و بالاخره خرده مقیاس D یا افسردگی، در برگیرنده موادی است که با افسردگی و خیم و گرایش مشخص به خودکشی ارتباط دارند (دادستان، 1377).

نمره گذاری پرسشنامه ی سلامت عمومی به دو صورت متداول است: روش نمره گذاری سنتی گلدبرگ به صورت 1-1-0-0 و روش دیگر که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، نمره گذاری لیکرت است که به صورت 0 - 1-2-3 است؛ یعنی گزینه ی " الف " نمره ی صفر، "ب" نمره ی یک، "ج" نمره ی دو و "د" نمره ی سه می گیرد. حداکثر نمره ی آزمودنی با این روش 84 خواهد بود.



تا کنون بیش از 70 مطالعه در باره ی روایی پرسشنامه ی سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است. "مارسی"، به منظور برآورد روایی پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش ها را فرا تحلیل کرده است. نتایج نشان می دهند که متوسط حساسیت (نسبت تشخیص صحیح بیماران) فرم 28 ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی برابر با 0/84 (بین 0/77 تا 0/89) و متوسط ویژگی آن (نسبت تشخیص درست افراد سالم از گروه بیماران) برابر با 0/82 (بین 0/78 تا 0/85) است (مارسی، 1988 به نقل از بافنده قرا ملکی، 1379). همچنین این پرسشنامه بر اساس روش لیکرت توسط هومن (1376) در دانشگاه تربیت معلم استاندارد شده است که ضریب همابستگی درونی مربوط به نمرات خام و استاندارد شده بر مبنای فرمول آلفای کرونباخ به ترتیب 0/84 و 0/83 برآورده شده است. تقوی (1380) نیز پایایی پرسشنامه مزبور را با استفاده از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب 0/70، 0/93 و 0/90 گزارش کرده است.



پرسشنامه شادکامی آکسفورد

این پرسشنامه در سال 1989 توسط "آرگایل و لو"، به منظور اندازه گیری شادمانی به عنوان یک کلیت طراحی شد. این پرسشنامه جملات معکوس افسردگی بک است و شامل 29 پرسش است که میزان شادکامی ذهنی را می سنجد (علی پور، نوربالا، اژه ای و مطیعان، 1379). روش نمره گذاری این آزمون از 0 تا 3 برای هر سؤال است که حداکثر نمره می تواند، 87 باشد.

همبستگی پرسشنامه شادکامی آکسفورد 0 / 79 با مقیاس افسردگی بک 0 / 73 است. هیلز و آرگایل؛ همبستگی مقیاس افسردگی شادکامی با پرسشنامه شادکامی آکسفورد را 0 / 76 گزارش دادند. از پرسشنامه شادکامی آکسفورد به طور وسیعی در انگلیس استفاده می شود. آرگایل، مارتین و کراسلند (1989) ضریب آلفای 0 / 9 را برای 347 آزمودنی و فورنهام و برونیک (1990) نیز ضریب آلفا 0 / 87 را برای 101 آزمودنی گزارش کردند. پژوهش های گوناگون حاکی از پایایی بازآزمایی پرسشنامه در سطح قابل پذیرش هستند. برای مثال در برخی از بررسی ها پایایی بازآزمایی 0 / 81 پس از 4 ماه ، 0 / 67 پس از 5 ماه و 0 / 53 پس از 6 ماه گزارش شده اند (علی پور و همکاران، 1379).

ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه شادکامی آکسفورد را آرگایل و همکاران (1989)، 0/90، "فارنهام" و "بروتیک"، 0/87 و "نور"، 0/84 به دست آورده اند. در ایران ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ، 0/92 و با روش بازآزمایی پس از 3 هفته، 0/79 بود (علی پور و همکاران، 1379).

یافته های پژوهش

برای تعیین میزان سلامت روان و مؤلفه های آن (اضطراب، نشانگان بدنی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در خانواده های شاهد و ایثارگر استان فارس، کسانی را که بر اساس نمرات به دست آمده در آزمون GHQ یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین جامعه قرار داشتند، به عنوان افراد مشکوک به اختلال های روانی و بقیه به عنوان افراد سالم در نظر گرفته شدند. بر این اساس 18/8 درصد اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر مشکوک به اختلالات جسمانی، 17/2 درصد مشکوک به نشانه های مرضی اضطراب و بیخوابی، 12/9 مشکوک به اختلال در عملکرد اجتماعی و 16/6 درصد مشکوک به افسردگی و در مجموع 21/9 درصد مشکوک به علائم اختلال روانی بودند.



نتایج آزمون های همبستگی پیرسون نشان داد بین تمامی مؤلفه ها و نمره کلی سلامت عمومی با شادمانی خانواده های شاهد و ایثارگر آنان رابطه معنادار وجود دارد ($r = -0 / 624$ و $p = 0 / 000$). با توجه به منفی بودن ضریب رابطه می توان دریافت افرادی که در آزمون GHQ نمره بالاتری داشته اند و مشکلات سلامت عمومی بالاتری را تجربه می کنند، به طور معناداری شادمانی کمتری دارند. رابطه بین سلامت عمومی و شادمانی با تعداد سال های تحصیل خانواده های شاهد و ایثارگر در تمام مؤلفه ها به جز علائم جسمانی معنادار است (به ترتیب $r = -0 / 16$ و $p = 0 / 000$ و $r = 0 / 124$ و $p = 0 / 004$). بین سلامت عمومی و شادمانی با درآمد خانواده های شاهد و ایثارگر آنان رابطه معنادار وجود دارد (به ترتیب $r = -0 / 116$ و $p = 0 / 047$ و $r = 0 / 175$ و $p = 0 / 003$). آزمون t مستقل نیز نتایج زیر را در بر داشت: بین میانگین نمرات سلامت عمومی و شادمانی مردان و زنان خانواده های شاهد و ایثارگر تفاوت معنادار وجود ندارد (به ترتیب $t = 0 / 124$ و $p = 0 / 9$ و $t = 0 / 17$ و $p = 0 / 794$). افراد متأهل به طور معناداری سلامت عمومی و شادمانی پایین تری دارند (به ترتیب $t = 3 / 87$ و $p = 0 / 000$ و $t = 3 / 59$ و $p = 0 / 000$).



در مرحله بعد برای تعیین سهم هر کدام از متغیرهای فوق در پیش بینی سلامت روان و شامانی سطح تحصیلات، سطح درآمد و وضعیت تأهل به عنوان متغیرهای پیش بینی و سلامت روان و شادکامی به عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل های رگرسیون همزمان جداگانه شدند که نتایج آن در جداول 1 و 2 ارائه شده است.

جدول 1- نتایج آزمون تحلیل رگرسیون همزمان سلامت عمومی بر حسب متغیرهای دموگرافیک پیش بین

متغیر	B	SE	Beta	T	P
تحصیلات	-1 /45	0 /39	0 /22	3 /62	/000 0
درآمد	0 /004	/005 0	0 /054	0 /9	0 /37
وضعیت تأهل	-4 /65	3 /62	/075 -0	1 /3	0 /2



ضرایب بتای به دست آمده در جدول با توجه به سطح معناداری شان نشان می دهد که تغییر يك واحد در متغیرهاي تحصیلات به عنوان متغیر پیش بین در حدود 0 /22 واحد بر متغیر ملاک، یعنی سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر اثر می گذارد. در تحلیل رگرسیون همزمان متغیرهاي سطح درآمد و وضعیت تأهل نتوانستند به طور معناداری سلامت روان خانواده های شاهد و ایثارگر را پیش بینی کنند و از تحلیل رگرسیون خارج شدند.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل رگرسیون همزمان شادکامی بر حسب متغیرهای دموگرافیک پیش بین

متغیر	B	SE	Beta	t	P
تحصیلات	1 /28	0 /38	0 /2	3 /36	0 /001
درآمد	0 /009	0 /005	0 /11	1 /91	0 /06
وضعیت تأهل	6 /31	3 /48	6 /031	1 /73	0 /085



بنیاد
شهید
امور ایثارگران
فارس

ضرائب بتاي به دست آمده در جدول با توجه به سطح معناداري نشان مي دهد كه تغيير يك واحد در متغير تحصيلات به عنوان متغير پيش بين در حدود 2/0 واحد بر متغير ملاك يعني شادكامی خانواده هاي شاهد و ايتارگر اثر مي گذارد. در اين تحليل متغيرهاي سطح درآمد و وضعيت تاهل نتوانستند شادكامی خانواده هاي شاهد و ايتارگر را به طور معناداري پيش بيني کنند و از تحليل رگرسيون خارج شدند.

برای بررسی اثر دریافت درمان از سوي مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامي در کاهش مشکلات سلامت روان اعضاي خانواده هاي شاهد و ايتارگر از آزمون تحليل کوواريانس جهت مقایسه تفاوت میزان سلامت روان اعضاي استفاده کننده از مراکز مشاوره (گروه آزمایش) با گروه کنترل قبل و بعد از مشاوره استفاده شد. خلاصه نتایج این آزمون در جدول 3 آمده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس سلامت عمومی گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	P	میزان تاثیر
سن	1	41 /05	037 /	0 /48	0 /01
تحصیلات	1	73 /61	127 /	0 /35	0 /017
پیش آزمون	1	125 /11	6 /	003 /	0 /32
			13		
			2		

همانطور که در جدول 3 مشاهده می شود مقدار F^1 به دست آمده اثر پیش آزمون برابر با $13/6$ و معنادار است ($p = 0/003$). بنابراین دو گروه از نظر 51 پیش آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر داشته و لازم است مقدار این تفاوت تعدیل شود. مقدار F به دست آمده اثر گروه برابر با $30/2$ و معنادار است ($p = 0/000$). این نتیجه نشان می دهد که با تعدیل اثر پیش آزمون سلامت روان، تفاوت معناداری در میزان سلامت روان گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون به وجود آمده است. علاوه بر آن هیچ یک از متغیرهای سن و تحصیلات در تغییرات متغیر مستقل دخالت نداشته اند و می توان اثر آنها را بر متغیر مستقل کنترل شده



بنابراین دریافت درمان از سوی مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش مشکلات سلامت روان اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر اثر مثبت دارد.

آزمون های تحلیل کوواریانس جداگانه جهت مقایسه میزان نشانه های بدنی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی گروه آزمایش با گروه گواه قبل و بعد از مشاوره انجام شد. مقدار هرکدام از این آزمون ها به ترتیب عبارت بود از: $F= 37/1$ و $p = 247/0$ ؛ $F= 68/76$ و $p = 000/0$ ؛ $F= 55/65$ و $p = 000/0$ ؛ $F= 36/1$ و $p = 31/0$. این نتایج نشان می دهد دریافت درمان از سوی مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در کاهش اضطراب و بی خوابی و اختلال در عملکرد اجتماعی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر اثر مثبت دارد، اما نشانه های بدنی و افسردگی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر در نتیجه دریافت درمان از سوی مرکز مشاوره کاهش معناداری نشان نمی دهد. برای بررسی اثر دریافت درمان از سوی مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در افزایش شادمانی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، از آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه تفاوت میزان شادمانی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، از آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه تفاوت میزان شادمانی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر (گروه آزمایش) با گروه کنترل قبل و بعد از مشاوره استفاده شد. خلاصه نتایج

استفاده کنندگان از مراکز مشاوره (گروه آزمایش) با گروه کنترل قبل و بعد از مشاوره استفاده شد. خلاصه نتایج

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس شادکامی گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	p	میزان تاثیر
تحصیلات	1	142 / 106	0 / 844	0 / 36	0 / 016
پیش آزمون	1	202 / 040	1 / 2	0 / 28	0 / 023
گروه	1	531 / 806	3 / 158	0 / 081	0 / 058
خطا	51	168 / 337			

همانطور که در جدول 4 مشاهده می شود مقدار F به دست آمده اثر تکرار (پیش آزمون) برابر با $1/2$ و معنادار نیست ($p = 0/28$). بنابراین تغییرات ایجاد شده در میزان شادکامی در پیش آزمون- پس آزمون تفاوتی نداشته است. مقدار F به دست آمده اثر گروه نیز برابر با $3/158$ و معنادار نیست ($p = 0/081$). این نتیجه نشان می دهد که تفاوت معناداری در میزان شادکامی گروه آزمایش و گروه کنترل بعد از دریافت مشاوره به وجود نیامده است. بنابراین فرضیه ششم تأیید نمی شود، یعنی دریافت درمان از سوی مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی در افزایش شادکامی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر اثری ندارد.



بحث و نتیجه گیری

تحلیل داده های پژوهش نشان داد 21 / 9 درصد اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر مشکوک به اختلال روانی - جسمی هستند. این میزان اختلال بسیار نزدیک به میزان رایج گزارش شده در جمعیت عادی است (برای مثال 21 درصد در پژوهش نوربالا، 1378). بیشترین فراوانی موارد مشکوک به اختلال روانی مربوط به خرده مقیاس نشانه های بدنی (8 / 18 درصد) و سپس اضطراب و بی خوابی (2 / 17 درصد) و کمترین فراوانی مربوط به خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی (9 / 12 درصد) بوده است. بالا بودن خرده مقیاس نشانه های بدنی در این خانواده ها طبعاً ناشی از تجربه نقایص جسمی ناشی از جنگ تحمیلی در جانبازان محترم و عوارض ناشی از آن برای خود و سایر اعضای خانواده می باشد. همچنین ترس ناشی از تجربه از دست دادن یکی از اعضاء خانواده و یا اضطراب ناشی از مشاهده علائم جسمانی و پیامدهای احتمالی ناشی از آن برای خود فرد و یا اعضاء خانواده می تواند از دلایل بالا بودن میزان اضطراب و بی خوابی در خانواده های شاهد و ایثارگر باشد. یافته های اولیه پژوهش نشان داد بین نمره سلامت عمومی و شادمانی با تحصیلات خانواده های شاهد و ایثارگر رابطه معنادار وجود داشت.



بنیاد
شهید
وامورائتازکران
فارس

این یافته ها از آنجا ناشی می شود که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (2004) تحصیلات بالا از طریق مجموعه ای از واسطه ها سلامت روان و شادمانی را در هر دوره از زندگی بهبود می بخشد. تحصیلات بالا، مهارت های عاطفی، شناختی و عقلانی را جهت مواجهه با مشکلات و تغییرات زندگی افزایش می دهد، شبکه اجتماعی فرد را گسترده می نماید و باعث کاهش خطر بیماری های روانی، نظیر اضطراب و افسردگی و افزایش شادکامی در موقعیت های مختلف زندگی می گردد.

میزان درآمد خانواده های شاهد و ایثارگر نیز، هم با سلامت روان و هم با شادمانی آنان رابطه معناداری داشت. بنابراین به نظر می رسد شادمانی و سلامت روان انسان با افزایش درآمد و دارایی افزایش می یابد و کاهش دارایی، شادی را می کاهد. این نتایج با یافته های داینر و لوکاس (2002) و نعمت ا... زاده ماهانی و همکاران (1385) همسو و با یافته های مایرز (2000) ناهماهنگ است. از آنجا که درآمد نیازهای مادی افراد را تا اندازه ای برطرف می سازد، بر شادمانی تأثیر دارد. ضعف اقتصادی و محرومیت پیش بینی کنندگان قاطع سلامت روان ضعیف در افراد هستند. استرس زا های محیطی نظیر حوادث شدید زندگی و مشکلات روان شناختی مزمن نظیر اضطراب و افسردگی در بین افرادی که در طبقات اجتماعی اقتصادی پایین زندگی می کنند، بیشتر و دسترسی آنها به یک شبکه اجتماعی حمایتی کمتر است (رومنز و سیمن، 2006).



همچنین بین میانگین نمرات سلامت عمومی و شادمانی مردان و زنان خانواده های شاهد و ایثارگر تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته با یافته های شفق (1383) و نوربالا (1378) ناهماهنگ است. در تبیین این نتیجه می توان چنین گفت که بالا بودن خرده مقیاس نشانگان بدنی در جانبازان محترم به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک ناشی از جنگ تحمیلی و عوارض روانی ناشی از آن نظیر اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی، همچنین عوارض جانبی ناشی از مصرف احتمالی داروهای اعصاب و روان در این قشر آسیب دیده موجب بالا رفتن نمرات سلامت عمومی مردان و از بین رفتن تفاوت سلامت روان دو جنس در خانواده های شاهد و ایثارگر می شود.

در خانواده های شاهد و ایثارگر، افراد متأهل به طور معناداری سلامت روان و شادمانی پایین تری دارند. این یافته ها با نتایج داینر و لوکاس (2000) که معتقدند افراد متأهل نسبت به کسانی که هرگز ازدواج نکرده یا جدا شده اند و یا همسر خود را از دست داده اند، بیشتر احساس شادی و شادمانی و سلامت ذهن می کنند، ناهماهنگ است. همچنین زهراکار (1381) و حسینی و حسین چاری (1385) نیز بهداشت روانی و شادمانی بالاتری را در افراد متأهل گزارش نموده اند.



در این جمعیت همسران محترم شهدا وجود داشته که تجربه از دست دادن همسر را داشته اند، همسران جانباز با شرایط فیزیولوژیک ویژه همسر خود دست و پنجه نرم کرده و بخشی از مسئولیت سرپرست خانوار را که به دلیل نقایص جسمانی همسر دچار اختلال شده به عهده دارند، در فرزندان متأهل شاهد و جانباز ترس و غمگینی ناشی از تجربه از دست دادن یکی از اعضاء خانواده و یا اضطراب ناشی از مشاهده علائم جسمانی پدر و پیامدهای احتمالی ناشی از آن در زندگی جدید می تواند از دلایل پایین تر بودن سلامت روان و شادمانی اعضای متأهل خانواده های شاهد و ایثارگر و ناهسوایی این یافته با جمعیت عادی باشد.

پس از وارد نمودن 3 متغیر سطح تحصیلات، سطح درآمد و وضعیت تأهل که در سؤالات پیشین رابطه معنادار آنها با سلامت عمومی و شادکامی خانواده های شاهد و ایثارگر اثبات شده بود، به تحلیل رگرسیون همزمان تنها متغیر تحصیلات توانست به طور معناداری تغییرات متغیر ملاک سلامت روان و یا شادکامی خانواده های شاهد و ایثارگر را تبیین کند. این یافته ها بیانگر این مطلب است که به نظر نمی رسد سطح درآمد و وضعیت تأهل به خودی خود سبب تجربه مسائل منفی سلامت روان و کاهش شادکامی شود. بلکه سایر مسائل روانی اجتماعی نظیر سطح پایین تحصیلات می تواند موجب ایجاد تفاوت در میزان سلامت روان و شادکامی خانواده های شاهد و ایثارگر باشد.



از آنجا که مهمترین عامل روانی اجتماعی اثرگذار بر سلامت روان و شادکامی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر سطح تحصیلات ایشان بود، لازم است ضمن اتخاذ تدابیر بیشتر جهت تسهیل امر تحصیلات این عزیزان بر افزایش مهارت های عاطفی، شناختی و عقلانی آنان جهت مقابله با مشکلات زندگی تأکید شود. بنابراین لازم است کارگاههای آموزشی با موضوعات مختلف بهداشت روان، مهارت های زندگی، آموزش های روانی اجتماعی ایجاد شادمانی و راههای مقابله با استرس در سطح وسیعی برای اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر اجرا گردد تا موجب پیشگیری از آسیب های روانی احتمالی این عزیزان در مواجهه با مشکلات زندگی شود.

نتایج این پژوهش نشان داد، مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی تفاوت معناداری در میزان سلامت روان، اضطراب و بی خوابی و اختلال در عملکرد اجتماعی گروه آزمایش و گروه کنترل بعد از دریافت مشاوره به وجود آوردند، اما تفاوت معناداری در میزان نشانه های بدنی و افسردگی به دست نیامد. در تبیین این یافته ها می توان گفت، نشانه های بدنی خانواده های شاهد و ایثارگر عمدتاً پایه جسمی داشته و نه روانی. بنابراین روش های رایج مشاوره در کاهش این علائم تأثیر چندانی نداشته اند.



همچنین می توان نتیجه گرفت یکی از نقائص و کمبودهای مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران، عدم فعالیت مستمر و پیگیر روان پزشکان و متخصصان اعصاب و روان متبحر در این مراکز است. نقص در روان درمانی افسردگی اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر نیز از دیگر نقاط ضعف مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس است که نیاز به توجه ویژه و آموزش تخصصی مشاوران این مراکز را می طلبد. البته به دست آمدن این نتایج ممکن است ناشی از کم بودن تعداد جلسات درمانی این پژوهش باشد، چرا که درمان علائم سایکوسوماتیک و افسردگی شدید نسبت به اختلالات اضطرابی و اختلال در عملکرد اجتماعی، نیاز به روان درمانی عمیق و تعداد جلسات طولانی تری دارد. بنابراین لازم است آموزش های تخصصی لازم جهت آشنایی مشاوران با شیوه های نوین و مؤثر درمان افسردگی و علائم سایکو سوماتیک مدنظر مسئولان امر قرار گیرد.

از سوی دیگر، مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران انقلاب اسلامی، تفاوت معناداری در میزان شادمانی گروه آزمایش و گروه کنترل بعد از دریافت مشاوره به وجود نیاوردند.



با توجه به تأکید جامعه جهانی کنونی بر روان شناسی مثبت نگر، لازم است ضمن ارائه کلاس های آموزش تخصصی در زمینه ایجاد شادمانی در مراجعان، کارگاه های آموزشی عمومی شادکامی برای اعضای محترم خانواده های شاهد و ایثارگر در نظر گرفته شود.

همچنین بالا بودن اندک شیوع علائم اختلالات روانی در بین اعضای خانواده های شاهد و ایثارگر، لزوم توجه بیشتر و حمایت روانی مناسب را در کنار سایر اقدامات درمانی می طلبد. لذا لازم است با حساسیت بیشتری جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان این افراد کوشیده و پژوهش های بیشتری انجام گیرد. از سوی دیگر لازم است در جهت افزایش تعداد برنامه ها و کارگاه های آموزشی پیشگیرانه و همچنین افزایش تعداد و ساعات کار مراکز مشاوره سلامت روان بنیاد شهید و امور ایثارگران، تدابیر لازم اندیشیده شود.



منابع فارسی

- آرگایل، مایکل (1383). روانشناسی شادی. ترجمه مهرداد کلانتری و همکاران. فارس: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد فارس.
- احمدی، جمشید (1388). ارزشیابی مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده انجمن اولیا و مربیان بر اساس الگوی ارزشیاب C.I.P.P. طرح پژوهشی پژوهشگاه مطالعات آموزشی ایران.
- اصغری گنجی، عسکری (1372). بررسی نقش مشاوره در کاهش میزان تمایل به اختلالات روانی دانش آموزان پسر شاهد مدارس راهنمایی مناطق تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- بافنده قراملکی، حسن (1379). مقایسه سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا و شنوا. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه تهران.
- پناهی، حبیب ا... (1382). طراحی يك مدل مناسب براي نظام راهنمایی و مشاوره دوره ابتدایی. تربیت سال 9. شماره 4.



- ترقی جاه، صدیقه (1385). مقایسه تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دانشگاه تهران. پایان نامه دکتری مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- جعفری، لطیف (1383). بررسی میزان رضامندی مراجعان از مرکز مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- چین آوه، محبوبه. الهیاری، صدیقه. جباری، سوسن و باغبانباشی، بهناز (1385). بررسی نقش مرکز مشاوره در شادکامی ذهنی دانشجویان مراجعه کننده به این مرکز. مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.
- حسینی، فریده سادات و حسین چاری، مسعود (1385). بررسی و مقایسه بعضی از شاخص های بهداشت روانی در میان دانشجویان متأهل و مجرد دانشگاه شیراز. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت ایران.
- خاقانی زاده، مرتضی و سیرتی، مسعود (1383). تاثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در تشدید علایم روان پزشکی جانبازان اعصاب و روان. طب نظامی. شماره 6(1).
- دادستان، پریرخ (1377). تنیدگی یا استرس. تهران: انتشارات سمت.



- دیماتئو، رابین (1378). روان شناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی، تهران: انتشارات سمت.

- روشن، رسول (1369). بررسی و مقایسه میزان شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه های تهران. پایان نامه چاپ نشده دانشگاه تربیت مدرس.

- زهرا کار، کیانوش (1381). نقش ازدواج در بهداشت روانی. مشاور خانواده. شماره 23.

- شاهمرادی، نامدار (1383). سنجش کارایی مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده سازمان اولیا و مربیان. طرح پژوهشی پژوهشگاه مطالعات آموزشی ایران.

- شفق (1383). نشریه علمی - تحقیقاتی و پزشکی شفق. سایت: www.magiran.com

- علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان (1386). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی ها. روانشناسان ایرانی. سال سوم. شماره 12.

- علی پور، احمد. نوربالا، احمدعلی. اژه ای، جواد. مطیعیان، حسین (1379). شادکامی و عملکرد ایمنی بدن. مجله روانشناسی. شماره 3.

- علی پور، احمد و نوری، ناهید (1385). بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی- شادکامی در کارکنان دادگستری شهر اصفهان. اصول بهداشت روانی. شماره 32.



- فاضلي، عصمت (1383). تأثیر مشاوره در پیشرفت تحصیلی دانشجویان پژوهش در مشاوره. سال دهم. دوره 32.

- فروغان، مهشید (1385). بررسی تأثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین کودکان کم شنوا. کودکان استثنایی. دوره 15.

- قنبري نجف آبادي، پرويز (1374). بررسی و مقایسه میزان افسردگی دانش آموزان دختر و پسر شاهد دبیرستان های شاهد با دانش آموزان

دبیرستان های غیرشاهد شهر فارس. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.

- محمدي، شهناز (1385). بررسی اثر بخشی و کارایی خدمات روان شناسی و مشاوره ای مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی دانش آموزان وزارت آموزش و پرورش. تازه ها و پژوهش های مشاوره. شماره 19.

- نجاریان، بهمن و لیامی، فاطمه (1372). مقایسه میزان افسردگی دانش آموزان شاهد مدارس راهنمایی شهر اهواز با دانش آموزان غیرشاهد همان مدارس و سایر مدارس راهنمایی اهواز. فصلنامه تعلیم و تربیت. شماره

- نعمت ا... زاده ماهانی، کاظم. درتاج، فریبرز و حسن زاده، علی (1385). احساس ذهنی سلامت و عوامل جمعیتی آن در دانشجویان کرمان. مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.
- نوابی نژاد، شکوه (1369). راهنمایی و مشاوره. تهران: انتشارات معاصر.
- نوابی نژاد، شکوه (1384). بررسی وضعیت مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده انجمن اولیا و مربیان، شناخت مشکلات و ارایه راهکارها. طرح پژوهشی پژوهشگاه مطالعات آموزشی ایران.
- نوربالا، احمدعلی (1378). طرح ملی سلامت و بیماری در ایران. تهران: مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.