

مقایسه مشکلات روان‌شناختی فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان سپاهی^۱

خدا بخش احمدی Ph.D. و علی فتحی آشتیانی Ph.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع» - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

خلاصه

در این مقاله مشکلات روان‌شناختی فرزندان شهدا و متوفیان سپاهی در سال ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفته است. این تحقیق به روش توصیفی و مقایسه‌ای انجام شده است و در آن اطلاعات حاصل از ۶۷۳ نفر از فرزندان ۱۲ تا ۳۶ ساله شهدا و متوفیان سپاهی شهر تهران که به نسبت مساوی از بین خانواده‌های شهدا و متوفیان و به تفکیک فرزندان دختر و پسر و با روش تصادفی انتخاب شده بودند، جمع‌آوری شد. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات آزمون SCL-90-R بود. اطلاعات به‌دست آمده از اجرای آزمون پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمون‌گروه‌های مستقل آماری t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده نشان داد که به ترتیب میزان شیوع علایم اختلالات در بین فرزندان شهدا و متوفیان عبارت بودند از: پارانوئید، پرخاشگری، افسردگی، وسواس، اختلال در روابط بین‌فردی، اختلال بدنی شکل، روان‌پریشی و فوبیا. همچنین تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که به‌جز اختلال فوبیا در سایر مقیاس‌های بالینی بین فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان تفاوت معنی‌داری ($\alpha \leq 0/01$) وجود داشت و بر این اساس میزان شیوع علایم اختلال در بین فرزندان متوفیان بیشتر از فرزندان شاهد بود.

واژه‌های کلیدی: فرزندان شهدا، فرزندان متوفیان، اختلالات روان‌شناختی.

مقدمه

تحقیقات نشان داده است که مراقبت‌های مادرانه برای کودک بسیار حیاتی است بنابراین ممکن است برخی این تصور را داشته باشند که نقش پدر در درجه دوم اهمیت قرار دارد و حتی به مرور زمان و با بزرگ‌شدن فرزندان از اهمیت آن کاسته می‌شود. در حالی که این عقیده نادرست است زیرا وقتی از نقش پدر صحبت می‌کنیم نباید آنرا با مادر مقایسه کرد و نباید به زمان خاصی توجه نمود. روان‌کاوان معتقدند، احساساتی که کودک از دو سالگی نسبت به پدر خود دارد، بخشی از نیروهای منش و شخصیت او را

تشکیل می‌دهد [۱]. اگر جریان رشد کودک را در نظر بگیریم ملاحظه می‌شود که هنگام تولد، نقش مادر در زندگی کودک همه‌جانبه و کامل است اما نقش پدر در هنگام تولد کودک ناچیز است و همزمان با کاهش نقش مادر، نقش پدر افزایش می‌یابد، به صورتی که در حدود ۷ سالگی نقش هر دو والدین برابر می‌شود [۲]. بهتر است بیش از کمیت نقش بر نوع آن توجه کرد. می‌شوکسی معتقد است که سهم کودک از مادر محبت و از پدر اقتدار و تسلط است [۱].

علاوه بر این، ویژگی‌های پدر همچون حمایت و پشتیبانی از مادر،

۱- این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) صورت گرفته است.

ناتوانی در انجام وظیفه پدری

فرزند به پدری نیازمند است که با او همانندسازی کند، پس وجود پدر برای رشد بهنجار هر کودکی ضروری است، به خصوص در مورد فرزند پسر. فرزند پسر، فرزند پسر، که در جریان تکامل عاطفی با فقدان نقش پدری مواجه می‌شود، وقتی بزرگ شده و خانواده تشکیل می‌دهد، نمی‌تواند وظیفه همسری یا والدی را به خوبی برعهده گیرد و اگر او مردی شود که گرفتار زنی اقتدار طلب گردد از انجام وظایف خویش ناتوان خواهد بود زیرا که او تعامل مثبت بین دو والد (دو همسر) را الگوسازی نکرده است [۲].

ناپختگی شخصیتی

شخصیت کودکانی که در خانواده‌های فاقد نقش پدر پرورش می‌یابند، خالی از پشتیبانی، قدرت، استحکام، مقاومت و پایداری است و زندگی آنان با بی‌هدفی، عدم اطمینان، سستی، لذت‌طلبی و هوس‌ها همراه است، وجدان اخلاقی آنها ضعیف می‌شود، ارتباط فرد با دنیای خارج بهم‌خورده و فرد غالباً احساس ناامنی کرده و دچار اضطراب و تشویش می‌شود [۱].

ارتباطات اجتماعی

هرزوغ (۱۹۸۰) با تأکید بر نقش پدر می‌گوید که کودکان محروم از پدر دچار گرسنگی پدر خواهند شد. زیرا آنان برای تنظیم پرخاشگری مناسب نسبت به دیگران، نیاز دارند که با بزرگسالان ذکور در ارتباط قرار گیرند. پدر برخلاف مادر که در بازی‌ها از درخواست کودک پیروی می‌کند، قواعد رفتار اجتماعی را به او می‌آموزد [۴].

اختلالات رفتاری

برخی از محققین، محرومیت از پدر را علت اختلال‌های رفتاری می‌دانند و غالباً محرومیت از پدر به‌عنوان عامل زمینه‌ساز روان نژندی‌ها و روان‌پریشی‌ها و از آن جمله افسردگی، شخصیت ضداجتماعی و اسکیزوفرنی تلقی شده است [۴]. در بررسی رابطه بین فقدان پدر با میزان اضطراب و افسردگی مشخص شده است که بین فقدان پدر، مدت زمان فقدان، سن سرپرست فعلی و میزان

موقعیت شغلی، زندگی اخلاقی، وضع و تناسب بدنی، توانایی هوشی، قدرت، ماجراجویی و اقتدار، ایده‌آل‌های فرزند را تشکیل می‌دهند [۳]. ممکن است نقش پدر در خانواده کاسته شود و حتی محو گردد. یکی از آنها زمانی است که پدر دچار غیبت دائمی می‌شود و موقعیت‌هایی چون مرگ این شرایط را فراهم می‌سازد. وقتی نقش پدر در خانواده حذف می‌شود، تأثیرات زیادی بر سایر جنبه‌های کارکردی خانواده و علی‌الخصوص فرزندان برجای می‌گذارد. کودکانی که پدر خویش را به سبب مرگ از دست داده‌اند نسبت به سایر کودکان محروم از پدر وضعیت بهتری دارند. همچنین در بین این عده، آن‌هایی که پدرشان در راه اهداف والا و ارزش‌های مورد احترام خانواده و جامعه، جان خود را از دست داده است (به شهادت رسیده‌اند) دارای کمترین آسیب می‌باشند. سؤال مهم این نیست که چرا پدر مرده است. بلکه این است که آیا فوت پدر خوب بوده یا نه؟ در اینجا نوع واکنش مادر در برابر مرگ پدر تعیین‌کننده است [۴]. همچنین میزان آسیب‌پذیری فرزندان در برابر مرگ پدر وابسته به سن آنهاست. در صورتی که فوت پدر در دوران کودکی یا نوجوانی فرزند اتفاق افتد، ممکن است او نتواند فرآیند ماتم‌زدگی را به‌طور رضایت‌بخشی طی کند [۴، ۵]. به‌علاوه نشان داده شده است که میزان شیوع اختلال در بین فرزندان اول خانواده نسبت به فرزندان کوچکتر بیشتر است [۶].

از سوی دیگر نشان داده شده است که تأثیرات فقدان پدر در پسران بیش از دختران است. پسرانی که در خانواده‌های فاقد پدر بزرگ می‌شوند در مقایسه با پسران خانواده‌های دووالدی، به اسباب بازی‌ها و فعالیت‌های پسرانه علاقه کمتری نشان می‌دهند، ولی این دو گروه از لحاظ میزان وابستگی فرقی با یکدیگر ندارند. پسرانی که بدون پدر، بزرگ می‌شوند. گاهی پرخاشگرتر از پسرانی هستند که پدر در زندگی‌شان حضور دارد. مجموعه عواملی را که در میزان اثرپذیری کودکان از فقدان پدر نقش دارد، جمع‌بندی شده است. این عوامل عبارتند از: سن کودک، علت فقدان، نحوه انطباق خانواده با فقدان، چگونگی حضور قبلی پدر و کیفیت ازدواج. در تحقیقات متعددی، ابعاد این تأثیرات مورد شناسایی قرار گرفته است. در اینجا به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود [۸]:

در مقایسه‌ای بین پسران و دختران شاهد از نظر وضع تحصیلی دیده شد که وضعیت تحصیلی پسران شاهد ضعیف‌تر از دختران شاهد است [۱۴]. از سویی دیگر ملاحظه شده است که متغیرهایی همچون طول مدت شهادت، وضعیت شغلی پدر در زمان قبل از شهادت در موفقیت و عدم موفقیت تحصیلی فرزندان شهید تأثیر نداشته ولی متغیرهایی همچون میزان تحصیلات مادر، جنسیت فرزندان و سن آن‌ها در زمان شهادت پدر از جمله متغیرهای مرتبط در وضعیت تحصیلی آن‌ها است [۱۴، ۱۵]. از سویی دیگر برخی از محققان به این نتایج دست یافته‌اند که دانش‌آموزان شاهد از نظر عملکرد تحصیلی تفاوت معنی‌داری با دانش‌آموزان واجد پدر مدارس عادی ندارند [۱۶]. بخشی نیز ضمن تحقیقی این یافته را تأیید کرده است [۵]. تحقیقات متعددی تلاش کرده است تا آسیب‌های روانی - اجتماعی را در بین دو گروه از فرزندان شاهد و فرزندان شهید که پدرشان به‌طور عادی فوت کرده است را مورد مقایسه قرار دهد. پژوهش‌ها نشان داده است که در سه متغیر افت تحصیلی، بزهکاری، و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و مذهبی بین دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد [۱۷]. همچنین ملاحظه شد که پیشرفت تحصیلی فرزندان شهدا بیشتر از فرزندان متوفیان عادی است. بر همین اساس در بررسی تأثیر فقدان پدر بر سازگاری فردی - اجتماعی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان شاهد ملاحظه شد که دانش‌آموزان شاهد نسبت به دانش‌آموزان عادی از امکانات زندگی و روابط خانوادگی کمتر راضی هستند و از نظر سازگاری اجتماعی و فردی در مراتب پایین‌تری قرار دارند، به‌علاوه دختران چون با مادران خود همانندسازی می‌کنند با فقدان پدر کنار آمده‌اند، همچنین فرزندان فاقد پدر به فعالیت‌های گروهی علاقه کمتری نشان می‌دهند [۱۷، ۱۸]. اگر چه فرزندان شهید که مادرشان ازدواج مجدد کرده است و جدا از خانواده خود زندگی می‌کنند رضایت کمتری دارند و برای انتخاب الگوی شخصیتی با مشکل مواجه هستند. افزون بر آن هر چه سن کودک در زمان ازدواج مجدد مادر پایین‌تر باشد رشد او کمتر دچار اختلال می‌شود. ضمن آن‌که پسران شاهد نسبت به دختران شاهد زودرنج‌تر هستند و دختران در پاره‌ای موارد پرخاشگری بیشتری از

تحصیلات سرپرست فعلی، نوع جنس فرزندان، نحوه تربیت پدر و تعداد فرزندان خانواده و میزان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مورد بررسی رابطه معنی‌داری وجود دارد [۹].

در بررسی دیگری میزان و تنوع شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان شاهد محروم از والدین در مقطع ابتدایی این نتیجه به‌دست آمده است که عمده‌ترین اختلالات این گروه عبارت است از: اختلال کمبود توجه، بیش‌فعالی، وسواس، ناسازگاری اجتماعی، اضطراب، افسردگی و رفتارهای ضداجتماعی [۱۰]. همچنین در بررسی دیگری در زمینه اختلال‌های رفتاری نوجوانان شاهد محروم از پدر ملاحظه شد که اختلالات رفتاری کمبود توجه، ناسازگاری اجتماعی، بیش‌فعالی و پرخاشگری دارای شیوع نسبتاً زیادی بودند. همچنین میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین پسران، بیش از دختران و در بین نوجوانان ۱۳ تا ۱۴ ساله بیش از سایر گروه‌های سنی است [۱۱]. و نیز ملاحظه شد که میزان افسردگی در بین دانش‌آموزان فاقد پدر بیشتر از دانش‌آموزان واجد پدر است و نیز میزان عزت نفس در بین دانش‌آموزان فاقد پدر کمتر از افراد واجد پدر است [۱۲].

مشکلات تحصیلی

میزان مشکلات تحصیلی با میزان مشکلات رفتاری ارتباط دارد و گاه بروز اختلال‌های رفتاری معلول افت تحصیلی است [۱۱]. محققین در بررسی وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان مدارس شاهد به این نتیجه دست یافته‌اند که میانگین نمرات دانش‌آموزان مدارس شاهد در تمامی دروس پایین‌تر از دانش‌آموزان غیر شاهد است. البته باید توجه کرد که پایین بودن وضعیت تحصیلی در میان دانش‌آموزان شاهد می‌تواند متأثر از حضور دانش‌آموزان با استعداد غیرشاهد در مدارس شاهد باشد [۱۲]. در حالی که در تحقیقی دیگر مشخص شد که: بین دانش‌آموزان شاهد و دانش‌آموزان عادی تفاوتی در وضع تحصیلی آن‌ها وجود ندارد [۱۳]. ظاهراً در این نتایج تناقضی وجود دارد. یکی از دلایل آن می‌تواند متغیرهایی همچون، نوع مدرسه، مقطع تحصیلی و میزان کنترل متغیرهایی باشد که در پژوهش‌های مختلف یکسان نیستند.

تعداد حدود ۲۷ مورد همکاری نکردند و یا پرسشنامه‌شان مخدوش بود و در مجموع ۶۷۳ مورد پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از طریق پرسشنامه SCL-90-R و یک پرسشنامه کوتاه شامل اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شد. مشکلات روان‌شناسی مورد بررسی عبارت بودند از ۹ مقیاس بالینی و شامل اختلالات بدنی شکل، وسواس، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا، پارانوئید و روان‌پریشی. لازم بذکر است که تست فوق‌الذکر میزان علایم اختلالات را می‌سنجد که از سوی آزمودنی‌ها گزارش می‌شود و در واقع آزمون، یک آزمون خودسنجی است. اطلاعات به‌دست آمده با استفاده از روش آماری T-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

بررسی اطلاعات دموگرافیک نشان داد که از مجموع ۶۷۳ نفر از فرزندان شهدا و متوفیان مورد بررسی تقریباً ۵۰ درصد پسر و ۵۰ درصد دختر، ۳۴۹ نفر (حدود ۵۳ درصد) فرزند شهید و ۳۲۴ نفر (حدود ۴۸ درصد) فرزند متوفی بودند.

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک جمعیت نمونه

متغیر	فرزندان شهدا	فرزندان متوفی
	دامنه / تعداد	دامنه
سن	۱۲ - ۳۶	۱۲ تا ۴۰
تحصیلات	ابتدایی تا فوق لیسانس	ابتدایی تا فوق لیسانس
نوع جنس	پسر	۱۶۴
	دختر	۱۶۰
	۱۷۲	۱۷۷

خود نشان می‌دهند. در مجموع در رابطه با آسیب‌پذیری ناشی از فقدان پدر می‌توان گفت اولاً فقدان والدین، بر اثر مرگ یک ضربه عاطفی است اما الزاماً منجر به توقف رشد نمی‌شود. ثانیاً کودکان به‌ویژه آن‌هایی که پدر خود را در سنین ۵ تا ۷ سالگی از دست داده‌اند، آسیب پذیرترند زیرا آن‌ها از لحاظ شناختی به‌قدر کافی رشد کرده‌اند تا پیامدهای دایمی مرگ را درک کنند؛ ولی دارای ظرفیت از عهده برآیی ناچیز هستند و این گروه باید مورد توجه ویژه قرار گیرند. ثالثاً ماتم‌زدگی ممکن است برای کودکان همانند بزرگسالان خاتمه نیابد. ممکن است، ماتم‌زدگی برای آنان در سایر دوره‌های زندگی و در جریان رویدادهای مهم زندگی مجدداً فعال شود و بار دیگر وارد هشیاری گردد [۴، ۵].

با توجه به موارد فوق می‌توان گفت بررسی‌هایی که روی فرزندان شهدا و متوفیان انجام گرفته است اولاً با نمونه‌های محدود و غیرتصادفی انجام شده است. ثانیاً از ابزارهای استاندارد استفاده نشده است. ثالثاً این‌که در زمینه فرزندان شهدا و متوفیان سپاهی تحقیقی صورت نگرفته است. بر این اساس بررسی حاضر که صرفاً روی فرزندان شهدا و متوفیان سپاهی انجام شده سعی کرده است به این سئوالات پاسخ دهد که فرزندان شهدا و متوفیان سپاهی دارای چه نوع علایم اختلالات روان‌شناختی هستند؟ چه نوع علایم اختلالات روان‌شناختی در بین آن‌ها از فراوانی زیادتری برخوردار است؟ میزان شیوع علایم اختلالات روان‌شناختی در مقایسه بین دو گروه فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان چگونه است؟ و میزان شیوع علایم با چه متغیرهای دموگرافیک ارتباط دارد؟

روش

جامعه آماری تحقیق، تمامی فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان کارکنان سپاه استان تهران می‌باشند که پدرشان را در بین سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۸ از دست داده‌اند. همچنین افراد مورد مطالعه بالای ۱۲ سال سن و با حداقل تحصیلات اول راهنمایی انتخاب شدند تا بتوانند به پرسش‌های آزمون پاسخ دهند و مجموعاً حدود ۱۰ درصد از این فرزندان یعنی ۷۰۰ نفر با استفاده از روش تصادفی منظم انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. از این

درصد آن‌ها برعهده مادر، ۷ درصد بر عهده ناپدری و بقیه برعهده سایرین از قبیل پدر و مادربزرگ، فرزند ارشد، عمو و یا مادربزرگ بود. خلاصه اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ آمده است:

میزان علایم اختلالات روان‌شناختی گزارش شده از سوی فرزندان شهدا و متوفیان به تفکیک مطابق جدول ۲ می‌باشد.

همچنین افراد مورد بررسی با میانگین سنی $۶/۵۰ \pm ۱۹/۷۵$ بودند و به تفکیک میانگین سنی فرزندان شهدا ۷ ± ۲۰ و میانگین سنی فرزندان متوفیان $۶ \pm ۱۹/۵$ بود. از نظر تحصیلات بیشتر فرزندان مورد بررسی (۵۳ درصد) شاغل به تحصیل در دوره راهنمایی و دبیرستان، (۲۸ درصد) دیپلم، ۱۲ درصد فوق دیپلم و بالاتر و تعداد اندکی با تحصیلات ابتدایی بودند. سرپرستی ۷۴

جدول ۲: میزان شیوع علایم اختلالات روان‌شناختی در بین فرزندان شهدا و متوفیان

نوع اختلال	فرزندان شهدا		فرزندان متوفی		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وسواس	۱۰/۱	۳۵	۱۵/۸	۵۱	۱۲/۸	۸۶
بدنی شکل	۶/۶	۲۳	۸/۴	۲۷	۷/۵	۵۰
روابط بین فردی	۹/۵	۳۳	۱۵/۲	۴۹	۱۲/۲	۸۲
افسردگی	۱۱/۶	۴۰	۱۶/۴	۵۳	۱۴	۹۳
اضطراب	۷/۵	۲۶	۱۱/۵	۳۷	۹/۴	۶۳
خصوصیت	۱۱/۳	۳۹	۱۷/۶	۵۷	۱۴/۳	۹۶
ترس مرضی	۲	۷	۲/۲	۷	۲/۱	۱۴
پارانویید	۱۷/۳	۶۰	۲۳/۲	۷۵	۲۰/۱	۱۳۵
روانپریشی	۶/۱	۲۱	۶/۲	۲۰	۶/۱	۴۱

مطابق این اطلاعات، ملاحظه می‌شود که وجود علایم اختلال پارانوئید بیش از سایر اختلالات گزارش شده است و شیوع آن در کل جمعیت نمونه حدود ۲۰ درصد است. علایم اختلال خصوصیت (با شیوع ۱۴/۳ درصد) و اختلال افسردگی (با شیوع ۱۴ درصد) و با کمی تفاوت با یکدیگر در رتبه دوم قرار دارند.

مطابق این اطلاعات، ملاحظه می‌شود که وجود علایم اختلال پارانوئید بیش از سایر اختلالات گزارش شده است و شیوع آن در کل جمعیت نمونه حدود ۲۰ درصد است. علایم اختلال خصوصیت (با شیوع ۱۴/۳ درصد) و اختلال افسردگی (با شیوع ۱۴ درصد) و با کمی تفاوت با یکدیگر در رتبه دوم قرار دارند.

جدول ۳: مقایسه میزان علایم اختلالات روان‌شناختی در بین فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان

نوع اختلال	گروه‌ها	میانگین نمره مقیاس	انحراف معیار	ارزش t	سطح معنی‌داری
بدنی شکل	فرزندان شهدا	۰/۹۱	۰/۷۸	۳/۸۳	**
	فرزندان متوفی	۱/۱	۰/۸۳		
وسواس	فرزندان شهدا	۱/۱	۰/۷۴	۴/۸۵	**
	فرزندان متوفی	۱/۲۷	۰/۷۳		
روابط بین فردی	فرزندان شهدا	۰/۹۲	۰/۶۷	۴/۸۹	**
	فرزندان متوفی	۱/۱۳	۰/۷۱		
افسردگی	فرزندان شهدا	۰/۹۴	۰/۷۰	۴/۷۸	**
	فرزندان متوفی	۱/۱۷	۰/۸۲		
اضطراب	فرزندان شهدا	۰/۸۴	۰/۷۴	۳/۵۲	**
	فرزندان متوفی	۱	۰/۷۸		
پرخاشگری	فرزندان شهدا	۰/۹۳	۰/۷۹	۳/۰۴	**
	فرزندان متوفی	۱/۰۸	۰/۸۱		
فوبیا	فرزندان شهدا	۰/۵۲	۰/۵۴	۱/۶۷	-
	فرزندان متوفی	۰/۵۷	۰/۵۷		
پارانویید	فرزندان شهدا	۱/۱	۰/۷۵	۳/۱۲	**
	فرزندان متوفی	۱/۲۵	۰/۷۹		
روان‌پریشی	فرزندان شهدا	۰/۶۲	۰/۶۲	۲/۵۴	*
	فرزندان متوفی	۰/۷۲	۰/۶۲		

*: $+0.1$ و **: $+0.5$

به ترتیب در مقیاس‌های اختلال پارانوئید (۲۱ درصد)، پرخاشگری (۱۴/۳ درصد)، افسردگی (۱۴ درصد)، وسواس (۱۲/۸ درصد)، روابط بین فردی (۱۲/۲ درصد)، بدنی شکل (۷/۵ درصد)، روان‌پریشی (۱/۶ درصد) و ترس مرضی (۲/۱ درصد) می‌باشد. وجود میزان بالایی از علایم اختلالات پارانوئید و پرخاشگری در

بین فرزندان شهدا و متوفیان قابل توجه است. برای مقایسه این نتایج با نتایج تحقیقات مشابه در بین جمعیت‌های دیگر لازم به ذکر است که در پژوهش‌های قبلی نتایج متفاوتی در این زمینه حاصل شده است. مطالعات در جامعه عادی نشان داده است که عمده‌ترین مشکلات روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران به ترتیب در زمینه‌های تحصیلی و ازدواج بوده و نیز ۵۵ درصد گرایش به مصرف انواع مواد مخدر دارند [۱۹]. همچنین در پژوهشی دیگر عمده‌ترین مشکلات نوجوانان و جوانان دبیرستانی به ترتیب مشکلات عاطفی، روابط خانوادگی، مشکلات تحصیلی و روابط اجتماعی شناسایی شده است [۲۰] و در یک بررسی دیگر که با استفاده از آزمون SCL90 انجام شده بود، میزان شیوع علایم اختلالات روان‌شناختی در بین نوجوانان عادی به این صورت بود در بین دختران: افسردگی ۱۹/۳ درصد، حساسیت در روابط متقابل

۲۸/۶ درصد، اضطراب ۲۱/۴ درصد، افکار پارانوئید ۲۸/۶ درصد و در بین پسران: افسردگی ۶/۴ درصد، حساسیت در روابط بین فردی ۶/۴ درصد، اضطراب ۱۲/۱ درصد، افکار پارانوئید ۱۲/۱ است [۲۱]. این داده‌ها با نتایج تحقیق حاضر مشابهت دارد. همچنین در تحقیقاتی که در این زمینه با نمونه‌هایی از جمعیت کارکنان سپاه انجام گرفته است. ملاحظه شد که میزان شیوع علایم اختلالات در بین سربازان با ارقامی بالاتر و به ترتیب عبارت بودند از: اضطراب با ۵۸ درصد، پرخاشگری با ۵۳ درصد، شکایات جسمانی با ۵۱ درصد، اختلالات روان‌پریشی با ۵۰ درصد، افکار پارانوئید با ۲۰ درصد، وسواس و پرخاشگری با ۱۳ درصد [۲۲]. البته باید به احتمال تمارض و اغراق‌گویی در بین سربازان توجه کرد. در پژوهشی دیگری که بر روی کارکنان خلبانی سپاه صورت گرفت، میزان علایم در سطحی پایین‌تر از نتایج تحقیق حاضر گزارش شد، در این تحقیق افکار پارانوئیدی با ۱۴/۳ درصد، شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی و اضطراب با ۸/۶ درصد،

در رتبه سوم از نظر میزان شیوع علایم، اختلالات وسواس با ۱۲/۸ درصد و روابط بین فردی با ۱۲/۲ قرار دارند. علایم اختلالات بدنی شکل با ۷/۵ درصد، روان‌پریشی با ۶ درصد و ترس مرضی با ۲ درصد به ترتیب پایین‌ترین میزان را از نظر شیوع داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد که در بین ۲ درصد از جمعیت مورد بررسی میزان علایم شدید و در بین ۳ تا ۱۷ درصد افراد میزان علایم در حد گرایش به اختلال گزارش شده است.

مقایسه میزان شیوع اختلالات روانی در بین فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان نشان داد که در بسیاری از اختلالات مورد بررسی بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس ملاحظه شد که میزان شیوع علایم در اختلالات بدنی شکل، وسواس، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و پارانوئید با $\alpha \leq 0.05$ و در اختلالات روان‌پریشی با $\alpha \leq 0.01$ بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمامی اختلالات میزان شیوع در بین فرزندان متوفیان بیشتر از فرزندان شهدا گزارش شده است. تنها مقیاسی که تفاوتی بین دو گروه از فرزندان مشاهده نشده اختلالات فوبیا بود (جدول ۳).

تجزیه و تحلیل نمرات هر یک از مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی با طول مدت فوت یا شهادت پدر نتایج قابل توجهی را نشان داد. با توجه به این که تنها حدود ۱۰ درصد از شهدا مورد بررسی بعد از سال ۶۷ شهید شده بودند و در همین حدود از متوفیان هم قبل از سال ۶۷ فوت کرده بودند، نتایج در دو بخش کلی و به تفکیک فرزندان شهدا و متوفیان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمامی موارد روش مورد استفاده آزمون t گروه‌های مستقل بود که نتایج حاکی از فقدان تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها بود و بر این اساس نتیجه گرفته شد که مدت فقدان در میزان بروز علایم اختلالات روان‌شناسی در بین فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان تأثیر ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که ملاحظه شد، میزان شیوع علایم اختلالات روان‌شناختی در بین فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان سپاهی

رفتار مختل و به‌عنوان الگوی رفتار دایمی در آن‌ها ایجاد نماید. این وضع در بین نمونه‌های مورد بررسی قابل مشاهده است. زیرا ملاحظه شده است که اولاً ارتباط این خانواده‌ها تقریباً کم و بیش به همان میزانی که علایم اختلال پارانوئیدی وجود دارد با اطرافیان دچار مشکل است، منابع حمایتی این خانواده‌ها کاهش یافته و علیرغم گذشت چندین سال از تجربه بحران هنوز فقدان ارتباطات اجتماعی آن‌ها بهبود نیافته است [۲۴] و عدم بهبود روابط اجتماعی می‌تواند زمینه‌های بروز بی‌اعتمادی نسبت به اطرافیان را ایجاد نماید. ثانیاً تغییر ارزش‌ها در جامعه که با ارزش‌هایی که این خانواده‌ها به سختی به آن پایبند بودند و پدر این فرزندان بخاطر دفاع از آن ارزش‌ها شهید شده است در تعارض است، می‌تواند زمینه‌ای را برای بروز تردید نسبت به جامعه در این افراد ایجاد نماید. ثالثاً در یک بررسی دیگر ملاحظه شد که میزان بروز علایم اختلال پارانوئید در بین فرزندان شهدا و متوفیان بیشتر از همسران شهدا و متوفیان است [۲۴]. شاید همین یافته نیز تأییدی بر این موضوع باشد زیرا فرزندان خانواده‌های شهدا و متوفیان بیشتر در معرض این تعارض‌ها و تضادهای خانوادگی و اجتماعی قرار می‌گیرند و همچنین بیشتر از افراد بزرگسال همچون همسر شهید و متوفی آسیب‌پذیر هستند. این موضوع می‌تواند به‌عنوان موضوع پژوهشی قابل توجه باشد تا مشخص شود که این فرزندان به چه میزانی در تعارضات ارزش واقع‌اند. نکته آخر این که براساس نتایج حاصله بجز میزان علایم اختلال پارانوئید، میزان بروز علایم سایر اختلالات روان‌شناسی با تحقیقات قبلی در این زمینه منطبق است. باید توجه داشت که اغلب این افراد حالات بیماری را از خود بروز نداده‌اند ولی گرایش به بروز علایم اختلال دارند (مطابق نرم آزمون اس. سی. ال ۹۰) [۲۵].

از سویی دیگر ملاحظه شد که میزان گرایش به اختلالات روان‌شناختی در بین دو گروه از فرزندان شهدا و متوفیان متفاوت است و این میزان در بین فرزندان شهدا کمتر از فرزندان متوفیان می‌باشد و با توجه به این که ملاحظه شد مدت فقدان (فوت یا شهادت) در نوع و میزان گرایش به اختلالات فرزندان آن‌ها اثرگذار نیست (برخلاف برخی پژوهش‌های انجام گرفته [۹]،

پرخاشگری و وسواس با ۵/۷ درصد، ترس مرضی با ۲/۹ درصد گزارش شد [۲۳]. از سویی دیگر تحقیقات قبلی انجام شده در بین نمونه‌های فاقد پدر عمده‌ترین مشکلات روان‌شناختی در بین فرزندان شهدا را اضطراب و افسردگی، اختلالات رفتاری و وسواس شناسایی کرده است [۸، ۱۲، ۲۰] و یا در بررسی دیگر عمده‌ترین مشکلات ناشی از فقدان پدر افسردگی، شخصیت ضداجتماعی و روان‌پریشی دانسته شده است [۴].

یافته‌های تحقیق حاضر وقتی در کنار یافته‌های دیگران با جامعه آماری متفاوت قرار می‌گیرد، ملاحظه می‌شود که برخلاف تحقیقات دیگر در بین جمعیت مورد پژوهش تحقیق حاضر از بین علایم اختلالات بررسی شده شیوع علایم پارانوئید بیشتر است. لازم به توجه است که علایم اختلال پارانوئید عبارتند از: عدم اعتماد به دیگران، سوء تعبیر رفتار اطرافیان، انتظار رفتارهای منفی از دیگران، شک و تردید و تعبیر و تفسیرهای منفی از وقایع عادی و روزمره. هر چند برخی دیدگاه‌های روان‌شناسی بر درون - روانی بودن علل این علایم تأکید دارند ولی دیدگاه‌های وجودگرایی، رفتاری و روان‌شناسی اجتماعی بر وجود زمینه محیطی بروز این علایم توجه دارند. حتی افکار درونی پارانوئید برای بروز، نیاز به محیط پارانوئیدی دارد. بر این اساس راجع به آمار شیوع علایم پارانوئیدی در بین این فرزندان می‌توان این سؤال را مطرح ساخت که آیا فرزندان شهدا و متوفیان با عامل درون روانی گرایش به بروز علایم اختلال پارانوئید دارند و یا زمینه محیطی و اجتماعی آن‌ها را به‌سوی بی‌اعتمادی نسبت به اجتماع و اطرافیان سوق داده است. برای پاسخگویی به این سؤال به نکاتی اشاره می‌شود. عموماً افرادی که دچار بحران می‌شوند به‌ویژه آن‌هایی که عزیز خود را از دست می‌دهند (بحران فقدان) در مراحل اولیه از سوگ ناشی از بحران در افکار و اندیشه‌های خود فرو می‌روند، بیشتر در دنیای درونی خود که اغلب تجارب گذشته با عزیز از دست رفته است غوطه‌ور می‌شوند و بنابراین ارتباط خود را با دنیای واقعی و از جمله اطرافیان به حداقل می‌رسانند. عدم وجود حمایت‌های اطرافیان و حمایت‌های اجتماعی می‌تواند بخشی از این رفتارهای انزوا جویانه را در آن‌ها تداوم بخشد و این رفتارها را به‌عنوان یک

حمایت‌های روان‌شناسی از این خانواده‌ها و کمک به سازگاری آن‌ها بعد از فقدان و گذر از فرآیند سوگ می‌باشد. نتیجه این که بررسی وضعیت شیوع علائم اختلالات روان‌شناختی در بین فرزندان شهدا و متوفیان نشان داد که حدود ۲ درصد از این فرزندان به‌طور ضروری نیاز به خدمات روان‌شناختی دارند و حدود ۳ تا ۱۷ درصد علیرغم عدم بروز علائم اختلالات روانی، گرایش به اختلال دارند و چنانچه حمایت‌های لازم روان‌شناختی از آن‌ها صورت نگیرد، ممکن است با توجه سابقه مواجهه با بحران و میزان آسیب‌پذیری آن‌ها، با قرارگرفتن در یک شرایط استرس‌زا علائم اختلال شدید را از خود نشان دهند. همچنین اولویت‌ارایه خدمات روان‌شناختی برای فرزندان شهدا و متوفیان می‌تواند بر حسب میزان شیوع علائم و متغیرهای مرتبط باشد. برای مثال در برنامه‌ریزی‌ها ضمن توجه به هر دو گروه از فرزندان، فرزندان متوفیان در اولویت قرار گیرند. زیرا که خانواده‌های متوفیان سپاهی صرفاً تحت پوشش سپاه هستند و منابع حمایتی آن‌ها کمتر و زمینه‌های آسیب‌پذیری در مقابل بحران فقدان در بین آن‌ها بیشتر است.

تفاوت بین نوع و میزان گرایش به اختلالات در بین دو گروه از فرزندان شهدا و متوفیان حکایت از وجود روابط بین میزان و نوع گرایش به اختلالات با نوع خانواده است. هر چند ممکن است خطاهای پیش‌بینی نشده همچون شدت انتظارات خانواده‌های متوفیان در این امر دخالت نماید ولی به هر حال این رابطه می‌تواند نشانگر بالا بودن توانمندی مواجهه با بحران در بین اعضای خانواده‌های شهدا باشد. عموماً خانواده‌های شهدا با بحران فقدان، بهتر کنار می‌آیند. زیرا شهادت نه یک نقص، بلکه یک افتخار و ارزش والای معنوی - اجتماعی محسوب می‌شود. نکته قابل توجه این که کمک به اعضای خانواده‌های متوفیان که آنان هم فقدان را نه نقص بلکه تقدیر الهی یا حتی افتخاری که به دنبال سالیان زیادی تلاش و مجاهدت پیش آمده بدانند، می‌تواند آنان را در گذر از بحران یاری دهد. حال با توجه به این که ملاحظه می‌شود میزان مشکلات روان‌شناسی در بین فرزندان متوفیان بیشتر از فرزندان شهدا است؛ ضرورت توجه به این امر و برنامه‌ریزی برای خانواده‌های متوفیان دو چندان می‌شود. نکته قابل توجه

منابع

- ۱- خدیوی‌زند محمدمهدی (۱۳۷۳). مباحث اساسی روان‌شناسی تربیتی خانواده، انتشارات تربیت، صفحه: ۷۴.
- 2- Bay dew N(1988). Effect of parental separation and reentry in to union on the emotional well being of children. Journal of Marriage and Family; 50: 967- 981.
- ۳- افشنگ جمشید (۱۳۶۷). بررسی تأثیر خانواده بر رشد شخصیت کودک. نشریه علوم تربیتی، دانشگاه تهران، سال یازدهم، شماره ۱ و ۲، صفحه: ۲۱.
- ۴- آدامز جی میلز اس (۱۳۶۹). روان‌شناسی کودکان محروم از پدر، ترجمه باقری و عطاران، انتشارات تربیت، صفحات: ۶۴ - ۴۷.
- ۵- بخشی گلنار (۱۳۷۱). بررسی میزان افسردگی و پرخاشگری در کودکان شاهد، دانشگاه تهران، پایگاه اطلاعات انفورماتیک سازمان اسناد علمی ایران، صفحه: ۱۱.
- ۶- خرمایی فرهاد (۱۳۷۴). بررسی نقش کشمکش‌های خانوادگی در بروز مشکلات رفتاری فرزندان شاهد، دانشگاه تهران، صفحات: ۱۶۲ - ۱۵۴.
- ۷- ورون جی ویلیام (۱۳۷۴). مشاوره و درمان سوگ، ترجمه مهرداد فیروزبخت، انتشارات ایجد، صفحات: ۵۱ - ۴۷.
- 8- Chapman M(1977). A father absence and cognitive performance of college students; Journal of Child Development; 48: 1152 - 1154.
- ۹- میناقی ابراهیم (۱۳۷۶). بررسی رابطه فقدان پدر با میزان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان، تحت پوشش کمیته امداد امام (ع)، دانشگاه علامه طباطبائی، فصل‌نامه مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران، دوره ۵، شماره ۳، صفحه: ۲۳.
- ۱۰- حاتمی محمد (۱۳۶۹). بررسی میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری در کودکان شاهد محروم از والدین، دانشگاه تربیت مدرس، پایان‌نامه، چاپ نشده.
- ۱۱- سهرابی فرامرز (۱۳۶۹). بررسی اختلالات رفتاری نوجوانان شاهد محروم از پدر، پایان‌نامه، دانشگاه تربیت مدرس، چاپ نشده.
- ۱۲- یحیایی قربانعلی (۱۳۷۷). بررسی افسردگی در دانش‌آموزان فاقد و واجد پدر دبیرستان‌های شهرستان زلزله‌زده رودبار، فصل‌نامه مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران، دوره ۶ شماره ۱، صفحه: ۱۵۶.
- ۱۳- نوربخش خدادوستان (۱۳۶۹). بررسی وضعیت تحصیلی و تربیت دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شاهد، بنیاد شهید استان اصفهان، پایان‌نامه، چاپ نشده.
- ۱۴- امیرزاده نوریه، امیرزاده جمیل (۱۳۷۳). بررسی اختلالات رفتاری کودکان شاهد در مقایسه با کودکان غیرشاهد، خلاصه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، صفحه: ۷۴.
- ۱۵- بهزادی مهین (۱۳۶۵). بررسی وضعیت تحصیلی فرزندان شاهد دوره راهنمایی، دانشگاه شیراز، پایان‌نامه، چاپ نشده.
- ۱۶- سالاری عباس (۱۳۷۴). بررسی تأثیر فقدان پدر بر اختلالات رفتاری کودکان، دانشگاه علامه طباطبائی، فصل‌نامه مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران، دوره ۵، شماره ۳، صفحه: ۲۲.
- ۱۷- مکنونی نجاریان، بهمن و شکرکن حسین (۱۳۷۱). مقایسه عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر شاهد با دانش‌آموزان پسر واجد و فاقد پدر در مدارس ابتدایی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، پژوهش دولتی، چاپ نشده.
- ۱۸- محمدی غلامعباس (۱۳۷۱). بررسی اثر فقدان پدر بر سازگاری فردی - اجتماعی و موفقیت تحصیلی گروهی از دانش‌آموزان شاهد و مقایسه آن با دانش‌آموزان عادی، وزارت آموزش و پرورش، پژوهش، نشریه تازه‌های تحقیق، دوره ۱، شماره ۳، صفحه: ۶۱.
- ۱۹- نجاریان بهمن (۱۳۷۱). اثرات از دست‌دادن پدر روی سلامت روانی و

۲۴- یاسایی، ایرج، احمدی خدابخش و کولیوند علیرضا (۱۳۸۱). بررسی شیوع اختلالات روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در خلبانان. مجله طب‌نظامی، سال چهارم، شماره ۴، صفحات: ۳۳۶ - ۳۳۱.

۲۵- احمدی خدابخش (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های روانی - اجتماعی و مشکلات موجود در خانواده‌های شهدا و متوفیان سپاه. دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع»، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، صفحه: ۱۸۱ و ۱۸۷.

۲۶- میرزایی رقیه (۱۳۵۹). اعتباریابی آزمون SCL90 _ R در ایران، پژوهش، دانشگاه تهران، انیستیتوی روان‌پزشکی ایران، صفحات: ۱۲.

۲۷- محمدی مهدی (۱۳۶۹). بررسی وضعیت رفتاری - تربیتی و تحصیلی فرزندان شهدای جنگ و مقایسه آن با فرزندان رزمندگان و دانش‌آموزان عادی، دفتر تحقیقات و آموزش امور تربیتی، وزارت آموزش و پرورش، چاپ نشده.

۲۸- مکارمی آذر (۱۳۷۰). مقایسه پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مدارس شاهد و عادی، مرکز مشاوره پرورشی شاهد، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، چاپ نشده.

عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دومین کنفرانس بهداشت روانی انجمن روان‌شناسی انگلیسی دانشگاه گیل، صفحات:.

۲۰- مدیرزاده میرکیمهان (۱۳۷۶). بررسی مسایل و مشکلات نوجوانان و جوانان شهر تهران، پژوهش، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، نشریه تازه‌های تحقیق، دوره ۵، شماره ۳، صفحه: ۱۸.

۲۱- شهیم سیما (۱۳۷۲) چک لیست مشکلات نوجوانان دبیرستانی، پژوهش، دانشگاه شیراز، نشریه تازه‌های تحقیق، دوره ۵، شماره ۱، صفحه: ۶۶.

۲۲- احمدی امیر مسعود (۱۳۷۹). ارزیابی وضعیت بهداشت روانی نوجوانان، خلاصه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، صفحه: ۷۱.

۲۳- سید محمودی سیده مهنوش و همکاران (۱۳۸۱). بررسی وضعیت بهداشت روانی سربازان وظیفه دانشگاه علوم و فنون چالوس، خلاصه مقالات کنگره سراسری طب‌نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «ع»، صفحه: ۱۰۷.