

ارتباط میزان استرس و شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی در همسران شاهد

محمداسماعیل ریاحی * PhD

آدرس مکاتبه: گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران
m.riahi@umz.ac.ir

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۷/۱۴

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۸/۹/۲۹

چکیده

اهداف. استرس، در تعامل با پتانسیل‌های زیستی و ژنتیکی، به‌عنوان عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شود. تحقیق حاضر با هدف توصیف میزان استرس و میزان شیوع اختلالات روان‌تنی و نیز کشف رابطه بین آنها انجام شد.

روش‌ها. این مطالعه از نوع پیمایشی است. از میان ۲۲۷۵ نفر از همسران شاهد ساکن در استان مازندران در سال ۱۳۸۶ با استفاده از شیوه نمونه‌گیری دومرحله‌ای (خوشه‌ای و طبقه‌بندی متناسب)، ۳۱۸ نفر از شهرستان‌های مختلف استان به‌عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه همراه با مصاحبه استفاده شد. مقیاس سنجش استرس ویتون، برای اندازه‌گیری میزان فشار روانی همسران شاهد مورد استفاده قرار گرفت و برای سنجش میزان شیوع اختلالات روان‌تنی، با گنجاندن ۲۰ مورد از شایع‌ترین نشانه‌های اختلالات روان‌تنی، از پاسخ‌گویان خواسته شد تا به‌صورت گزارش شخصی، میزان شیوع این اختلالات در سال‌های گذشته را مشخص نمایند.

یافته‌ها. میزان استرس ۴۱/۸٪ همسران شاهد در سطح "متوسط و بالاتر" بود و همچنین ۵۴/۴٪ آنها، به اختلالات روان‌تنی در سطح "متوسط و بالاتر" مبتلا بودند. شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی به‌ترتیب سردردهای عصبی، درد کتف و کمر، درد مفاصل زانو و آرنج، کم‌اشتهایی یا بی‌اشتهایی روانی، آرتروز و زخم معده یا اثنی‌عشر بود. همچنین، رابطه مستقیم و معنی‌داری بین میزان استرس و میزان شیوع اختلالات روان‌تنی در همسران شاهد مشاهده شد.

نتیجه‌گیری. ارائه خدمات باکیفیت‌تر مادی و غیرمادی از سوی بنیاد شهید به همسران شاهد و نیز انجام مداخلات روانی-اجتماعی به‌منظور افزایش عزت نفس و آموزش روش‌های مقابله با فشارهای روانی ناشی از زندگی روزمره ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: همسران شاهد، اختلالات روان‌تنی، استرس، زنان بیوه، استان مازندران

مقدمه

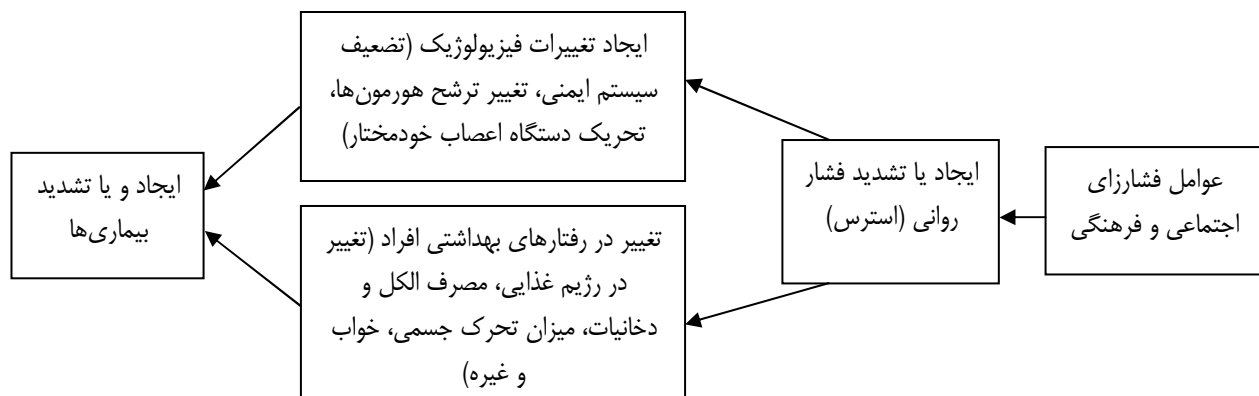
بررسی سیر تاریخی بیماری‌ها در قرن اخیر، نشان‌دهنده تغییر نوع بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی و مُسری به بیماری‌های مزمن و غیرعفونی است. این در حالی است که در چند دهه اخیر، نوع جدیدتری از بیماری‌ها تحت عنوان بیماری‌ها و اختلالات روان‌تنی یا روان‌فیزیولوژیک ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آنها دخیل هستند. ویژگی اساسی این تغییر نوع بیماری‌ها، پررنگ‌تر شدن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و اهمیت یافتن تأثیر ساختارها و رفتارهای اجتماعی بر پیدایش، توزیع و درمان بیماری‌های مذکور بوده است.

اصطلاح اختلال روان‌تنی، معمولاً هنگامی به کار می‌رود که شخص دارای نشانه‌های فیزیکی و جسمی است که به نظر می‌رسد عمدتاً به‌وسیله عوامل روان‌شناختی ایجاد یا تشدید می‌شوند. ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی، نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی به‌طور هم‌زمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دایم داشته باشند [۱]. در واقع، اختلالات روان‌تنی، به وجود نوعی رابطه

و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه‌ها و استعداد‌های زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارزاهای محیطی و روانی از سوی دیگر، اشاره دارد [۲]. این‌گونه بیماری‌ها از معادله ساده‌ای پیروی می‌کنند:

فشارهای روانی ناشی از عوامل محیطی + آمادگی قبلی زیستی و ژنتیکی (ضعف یا آسیب‌دیدگی اندام‌ها) = اختلالات روان‌تنی

از این‌رو، در این بیماری‌ها، فشارهای روانی به‌عنوان میانجی بین ارگانیزم فرد و عوامل تنش‌زا عمل کرده و بر حسب توانایی‌ها و شرایط افراد تحت فشار، اختلالات جسمانی گوناگونی را در آنها به‌دنبال می‌آورد. به‌عبارت واضح‌تر، عوامل تنش‌زا و فشارآور زندگی، نظیر فشارهای شغلی و تحصیلی، حوادث زندگی، تعارض نقش‌ها، وجود محرومیت‌ها و نابرابری‌های اجتماعی، رواج تبعیض‌های نژادی- قومی و جنسیتی، مشقت اقتصادی، سطح پایین استانداردهای زندگی و غیره موجب ایجاد یا تشدید فشار روانی بر افراد می‌شوند (شکل ۱).



شکل ۱) سازوکارهای تأثیرگذاری عوامل اجتماعی بر بیماری از کانال فشار روانی

جسمی و روان‌تنی با پیروی از الگوی اجتماعی مشخص و بر حسب برخی متغیرهای اجتماعی، نظیر جنسیت، وضع تأهل، وضعیت دین‌داری، طبقه اجتماعی، وضعیت اشتغال و نوع شغل، موقعیت اجتماعی- اقتصادی، میزان تحصیلات و درآمد، سکونت در مناطق شهری یا روستایی و سبک زندگی، متفاوت است. یکی از مهم‌ترین متغیرهای اجتماعی موثر بر سلامتی و بیماری، جنسیت افراد است. طی چهار دهه اخیر، موضوع تفاوت‌های مردان و زنان در افکار و رفتارشان در زمینه سلامتی و بیماری، مورد توجه و مطالعه بسیاری از اندیشمندان و پژوهش‌گران قرار گرفته است [۴]. توزیع الگوهای بیماری و سلامتی بر حسب عوامل اجتماعی و فرهنگی، بر این نکته نیز دلالت دارد که این عوامل می‌توانند شرایط و موقعیت‌هایی را در زندگی به‌وجود آورند که فشارزا بوده و تنیدگی زیادی را بر افراد وارد نمایند. حوادث و شرایطی نظیر طلاق یا متارکه، اخراج از کار، مرگ یا بیماری شدید یکی از نزدیکان، تغییر محل سکونت یا

به همان میزان که فشار روانی وارده بر افراد، به‌علت موقعیت‌های اجتماعی گوناگون می‌تواند متفاوت باشد، امکانات، داشته‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌های آنها برای مقابله با این فشارهای روانی نیز می‌توانند موجب کاهش یا افزایش اثرات زیان‌آور فشار روانی بر ارگانیزم افراد شده و احتمال ابتلا به اختلالات جسمی را در آنها، کاهش یا افزایش دهد. به‌عنوان مثال در سطوح بالاتر فشار روانی، به‌نظر می‌رسد که پیامدهای روان‌شناختی برای افراد با موقعیت اجتماعی پایین‌تر، بسیار شدیدتر از افرادی است که موقعیت اجتماعی بالاتری دارند. همچنین، تأثیر توزیع تجربیات مثبت (احساسات خوشایند نظیر شادی، سرور، برانگیختگی، مورد توجه بودن و غیره) و منفی (نظیر آشفتگی، تنهایی، خستگی و غیره) نیز به‌عنوان عوامل اثرگذار در کاهش یا افزایش اثرات زیان‌آور فشار روانی، مورد توجه قرار می‌گیرند [۳]. یافته‌های دانشمندان علوم اجتماعی نشان می‌دهد که توزیع اختلالات و بیماری‌های روانی،

مطالعات اندکی که در مورد وضعیت سلامت روانی همسران شاهد انجام شده، نتایج متفاوت و گاه متناقضی را نشان می‌دهند. برخی از این پژوهش‌ها [۹، ۱۰، ۱۱] حاکی از آن است که وضعیت سلامت روانی همسران شاهد در مقایسه با سایر زنان بی‌همسر بر اثر فوت همسر (بیوه‌ها) بهتر بوده است. در حالی که برخی دیگر از پژوهش‌ها [۱۲، ۱۳] نشان‌دهنده وضعیت نامناسب‌تر سلامت روان همسران شاهد هستند. همچنین، برخی از تحقیقات انجام‌شده [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷] حاکی از تأثیرات مثبت ازدواج مجدد در بین همسران شاهد بر وضعیت سلامتی روانی - اجتماعی آنان بوده است، در حالی که سایر پژوهش‌های انجام‌شده [۱۱، ۱۸، ۱۹] در این زمینه، تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهند.

تردیدی نیست که سلامت جسمی و روانی همسران شاهد، از ارج و اهمیتی فوق‌العاده برخوردار است، چراکه این زنان در صورت ابتلا به مشکلات جسمی و روانی به شکل اختلالات روان‌تنی، قادر نخواهند بود وظایف پراهمیت‌شان در تربیت شایسته فرزندان شاهد را به درستی ایفا نمایند. نظر به اهمیت سلامت روانی و جسمی همسران شاهد و عدم وجود پژوهش‌های مناسب در این زمینه، ضرورت انجام چنین پژوهشی احساس می‌گردد. لذا پژوهش حاضر در پی بررسی میزان شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی و نیز میزان در معرض فشار روانی (تنیدگی) بودن در بین همسران شاهد ساکن در استان مازندران بود و سعی داشت تا با توصیف میزان شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی در بین آنان، ارتباط و همبستگی آن را با میزان در معرض تنیدگی بودن شناسایی نماید.

روش‌ها

در این پژوهش، از روش تحقیق پیمایشی استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق، ۲۲۷۵ همسر شهید ساکن در استان مازندران مطابق با آخرین آمار ارایه‌شده از سوی بنیاد شهید استان در سال ۱۳۸۶ بودند. حجم نمونه مورد نیاز برای انجام تحقیق حاضر با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران، ۳۱۸ نفر برآورد شد که ۱۴٪ از کل جامعه آماری را پوشش داد. شیوه نمونه‌گیری در این تحقیق، دومرحله‌ای بود. بدین ترتیب که، در مرحله اول با عنایت به پراکندگی جغرافیایی پاسخ‌گویان تحقیق که در شهرهای مختلف از شرق تا غرب استان مازندران زندگی می‌کردند، سعی گردید تا با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، در مجموع شش شهرستان از شرق (بهشهر و ساری)، مرکز (بابل و نور)، و غرب (نوشهر و تنکابن) استان از میان ۱۷ شهرستان به‌عنوان چارچوب اولیه انتخاب شود. در مرحله دوم، با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب، از بین ۱۰۹۳ نفر از همسران شاهد که در این شش شهرستان زندگی می‌کردند، تعداد نمونه متناسب با حجم جامعه

تحصیل و غیره از جمله موقعیت‌های تنیدگی‌زایی هستند که می‌توانند ناشی از تفاوت در موقعیت‌های اجتماعی افراد باشند.

از بین حوادث تنیدگی‌زای زندگی، مرگ عزیزان و نزدیکان یکی از شدیدترین حوادث محسوب می‌گردد. در این میان، بیشترین توجه پژوهشگران به پدیده مرگ همسر معطوف بوده است [۵]. رابطه تأهلی، صرف‌نظر از محتوای آن، هنگامی که از دست می‌رود، به خاطر رهاشدگی از رابطه و ایجاد خلا رابطه‌ای، پیامدهای منفی‌تری را برای رابطه‌از دست‌دادگان نسبت به افراد هرگز ازدواج‌نکرده، به همراه دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حمایت از سوی منابع دیگر، نمی‌تواند جای نداشتن حمایت نزدیک در رابطه زناشویی را پر کند [۶]. گاهی ممکن است سال‌ها پس از مرگ همسر، دردهای روانی افراد داغ‌دیده به‌صورت نشانه‌های بیماری جسمی ظاهر شده و آنها دچار نشانه‌های پایدار افسردگی گردند. گاهی این افسردگی، چندین سال زیر نقاب شکایات جسمانی متعدد پنهان می‌ماند [۷]. از دست دادن حامی صمیمی و کاهش میزان روابط اجتماعی، پذیرفتن مسئولیت‌های جدید و اضافه شدن نقشی جدید در اداره کردن منزل و سرپرستی کودکان و سرپوش گذاشتن بر واکنش‌های سوگواری به‌علت دلداری دادن به کودکان، می‌توانند مهم‌ترین دلایلی باشند که مرگ همسر را به لحاظ اجتماعی بسیار تنش‌زا جلوه می‌دهند. این وضعیت جدید، شرایطی را ایجاد می‌کند که تنش‌زا و فشارآور محسوب می‌شوند و می‌توانند منجر به بروز یا تشدید بیماری‌های جسمی و روانی گردند.

پژوهش‌های انجام‌شده [۸] در زمینه زنان سرپرست خانوار (مادران تنها به همراه فرزندان‌شان)، نشان می‌دهند که این زنان، علاوه بر محرومیت‌های اجتماعی و اقتصادی شدید، به علت بیوگی و پذیرش نقش جدید و پرمسئولیت، عوارض جسمی و روانی شدیدی را نیز تحمل می‌نمایند. این زنان در معرض خطر اختلالات روان‌پزشکی و پریشانی روانی بوده و بیشتر از سایر زنان، از خدمات بهداشت روان استفاده می‌کنند. بسیاری از تحقیقات انجام‌شده درباره زنان بیوه، در کشورهای غربی و نه کشورهای در حال توسعه صورت گرفته است. این پژوهش‌ها، عمدتاً توصیفی و مردم‌نگارانه بوده و قصد آزمون کردن فرضیات تحلیلی را نداشته‌اند [۵]. متأسفانه در ایران، مطالعات تحلیلی درباره اثرات بیوگی بر سلامت فرد بازمانده از رابطه زناشویی، انجام نشده است. در زمینه وضعیت جسمی و روانی همسران شاهد که شوهران‌شان طی انقلاب یا جنگ تحمیلی به شهادت رسیده‌اند، برخی از پژوهش‌های انجام‌شده، صرفاً به مطالعه آسیب‌شناسی روانی همسران شاهد (به‌ویژه اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب) پرداخته و اثرات فقدان همسر بر آنان را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ اما هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم و خاص، میزان شیوع انواع اختلالات روان‌تنی را در بین آنان مورد مطالعه قرار نداده است.

[۲۷]. در این تحقیق، به منظور سنجش میزان تنیدگی، از مقیاس ویتون (۱۹۹۱) استفاده شد. در این مقیاس، ۵۱ گویه در ۹ بُعد (ابعاد مالی، مشکلات عمومی، مسایل مربوط به شغل، ازدواج و روابط مربوط به آن، والدگری، خانواده، زندگی اجتماعی و سلامتی)، به سنجش میزان تنیدگی پاسخ‌گویان می‌پردازد. مقیاس سنجش تنیدگی ویتون، در مجموع به‌دنبال سنجش میزان "در معرض تنیدگی قرار گرفتن" پاسخ‌گویان است. این مقیاس، مجموع استانداردهای از دو خرده‌مقیاس استاندارد دیگر، یعنی حوادث زندگی و تنیدگی مزمن است [۲۸].

جدول (۱) توصیف ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی همسران شاهد

متغیرهای اجتماعی - جمعیتی	تعداد	درصد	میانگین
گروه‌های سنی			
۳۲-۴۲ ساله	۹۷	۳۰/۵	۴۶/۵ سال
۴۳-۵۴ ساله	۱۸۸	۵۹/۱	(حد اقل ۳۲ و حداکثر ۸۶ سال)
محل سکونت			
بیشتر از ۵۵ سال	۲۳	۱۰/۴	
مناطق شهری	۲۲۵	۷۲/۸	
مناطق روستایی	۸۴	۲۷/۲	
میزان تحصیلات			
کمتر از دیپلم	۲۴۲	۷۸/۳	
دیپلم	۳۲	۱۰/۴	
تحصیلات عالی	۳۵	۱۱/۳	
وضعیت اشتغال			
شاغل - خانه‌دار	۵۸	۱۸/۴	
خانه‌دار	۲۵۷	۸۱/۶	
مجموع درآمد ماهیانه			
کمتر از ۳۵۰ هزار تومان	۶۰	۱۹/۳	۵۰۱/۶۷۲ تومان
۳۵۱-۵۰۰ هزار تومان	۱۵۹	۵۱/۱	(حد اقل ۱۷۰/۰۰۰ و حداکثر ۱/۶۹۰/۰۰۰ تومان)
بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۹۲	۲۹/۶	
ازدواج مجدد			
بله	۱۳۰	۴۱/۱	
خیر	۱۸۶	۵۸/۹	
تعداد فرزندان			
۰-۲ فرزند	۲۱۴	۶۷/۳	۲/۲ فرزند (حد اقل ۱۰ و حداکثر ۵ فرزند)
۳-۵ فرزند	۹۳	۲۹/۲	
بیشتر از ۵ فرزند	۱۱	۳/۵	(فرزند)
سن اولین ازدواج			
۱۵-۱۹ سال	۱۴۱	۴۶/۱	
۲۰-۲۴ سال	۹۲	۳۰/۰	
بیشتر از ۲۵ سال	۲۸	۹/۲	
مدت زمان زندگی مشترک با همسر (به شهادت رسیده)			
کمتر از ۲ سال	۹۵	۲۹/۹	
۲-۵ سال	۹۶	۳۰/۲	
۵/۱-۸ سال	۵۳	۱۶/۷	۵/۱ سال (حد اقل شش ماه و حداکثر ۴۳ سال)
۸/۱-۱۲ سال	۳۹	۱۲/۳	
بیشتر از ۱۲ سال	۳۵	۱۱/۰	

به علت شرایط خاص فرهنگی و نیز وضعیت پاسخ‌گویان تحقیق، ۱۳ گویه از ۵۱ گویه مقیاس اصلی ویتون، حذف شد (با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۶۲). پاسخ‌های پاسخ‌گویان، در طیفی لیکرتی ("خیر"، "تا حدودی" و "بله") قرار گرفته و در نهایت جمع

آماري هر شهر (کل همسران شاهد)، به شکل تصادفی انتخاب شدند.

در این تحقیق، با تکیه بر مبانی نظری و نیز استفاده از تحقیقات پیشین، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد که دارای دو بخش اصلی بود. بخش اول، شامل ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی پاسخ‌گویان (شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع شغل، میزان درآمد، محل سکونت، وضع تأهل و انجام ازدواج مجدد)؛ و بخش دوم، شامل متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق (شامل مقیاس‌هایی برای سنجش میزان فشار روانی یا تنیدگی و میزان اختلالات روان‌تنی) بود. به‌منظور سنجش اعتبار مقیاس‌ها و پرسش‌های مورد استفاده در پرسش‌نامه تحقیق حاضر، از روش اعتبار صوری استفاده شد که در آن معرف و معتبر بودن محتوای مضمون گویه‌های مربوط به تنیدگی و میزان اختلالات روان‌تنی با رجوع به متخصصان و صاحب‌نظران در زمینه علوم پزشکی و روان‌شناسی تأیید شد. همچنین در این تحقیق، برای سنجش پایایی ابزار تحقیق و مقیاس‌های مورد استفاده، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

اصطلاح اختلال روان‌تنی، به حالت فیزیکی (جسمی) ناشی از عوامل روان‌شناختی یا شدت یافته توسط آنها اطلاق می‌شود [۲۰]. در این تحقیق برای سنجش متغیر میزان اختلالات روان‌تنی، سعی شد تا در ابتدا با مراجعه به برخی از کتب مربوط به موضوع [۲، ۷، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶]، مهم‌ترین انواع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی شناسایی گردد. سپس با گنجانیدن بیست مورد از شایع‌ترین اختلالات روان‌تنی (نظیر زخم معده، سردرد، فشار خون، آرتروز، درد مفاصل، کمر درد، روماتیسم، اسپهال، تهوع، یبوست، اختلالات قاعدگی، آسم، اختلالات پوستی و غیره) در جدولی مستقل، مقیاسی برای سنجش اختلالات روان‌تنی طراحی شد (با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۵۵). به‌منظور افزایش دقت در سنجش این متغیر، از پاسخ‌گویان خواسته شد تا مشخص نمایند طی یک سال گذشته این نشانه‌ها را چندبار و با چه شدتی تجربه کرده‌اند. برای ساختن مقیاس کلی ابتلا به اختلالات روان‌تنی، ابتدا به‌طور جداگانه برای هر اختلال روان‌تنی تعداد دفعات تجربه نشانه‌های اختلالات در شدت ابتلا ضرب شد. سپس، مجموع این حاصل ضرب‌ها برای بیست اختلال مذکور، با همدیگر جمع شد و نمرات خام میزان شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی (در سطح سنجش فاصله‌ای) محاسبه گردید. لازم به ذکر است که همانند تمامی پژوهش‌های انجام‌شده در مورد سلامتی و بیماری در حوزه علوم اجتماعی، سنجش میزان شیوع نشانه‌های اختلالات روان‌تنی، صرفاً مبتنی بر گزارش‌های شخصی یا ذهنی پاسخ‌گویان و نه مبتنی بر معاینات آزمایشات کلینیکی بوده است.

از سوی دیگر، تنیدگی نتیجه عدم کنترل بر شرایط ناخوشایند است که منجر به واکنش‌های فیزیولوژیک شدید شده، مقاومت بدن را برهم می‌زند و اگر طولانی باشد منجر به ایجاد بیماری می‌گردد

براساس فرضیه اصلی تحقیق، بین میزان فشار روانی و میزان اختلالات روان‌تنی همسران شاهد، رابطه مستقیم وجود دارد.

جدول ۴) توزیع درصدی پاسخ‌گویان برحسب انواع اختلالات روان‌تنی

انواع اختلالات روان‌تنی	دارای اختلالات روان‌تنی بدون جمع میانگین			شدید متوسط خفیف جمع		
	اختلال کل	جمع میانگین	(از ۳)	اختلال کل	جمع میانگین	(از ۳)
سردردهای میگرنی و عصبی	۱۱/۶	۲۱/۷	۳۰/۸	۶۴/۲	۳۵/۸	۱۰۰
درد کتف و کمر	۱۲/۶	۱۴/۵	۳۲/۴	۵۹/۴	۴۰/۶	۱۰۰
درد مفاصل زانو و آرنج	۱۳/۵	۱۴/۵	۲۹/۶	۵۷/۵	۴۲/۵	۱۰۰
کم‌اشتهایی یا بی‌اشتهایی روانی	۱۲/۹	۲۳/۳	۱۰/۷	۴۶/۹	۵۳/۱	۱۰۰
آرتروز	۱۲/۶	۷/۵	۱۵/۴	۳۵/۵	۶۴/۵	۱۰۰
زخم معده یا اثنی عشر	۱۱/۰	۱۳/۵	۱۱/۰	۳۵/۵	۶۴/۵	۱۰۰
درد قفسه سینه یا قلب	۷/۲	۱۱/۹	۱۳/۲	۳۲/۴	۶۷/۶	۱۰۰
اختلالات قاعدگی	۹/۷	۱۲/۶	۹/۷	۳۲/۱	۶۷/۹	۱۰۰
یبوست	۱۰/۷	۱۲/۹	۸/۸	۳۲/۴	۶۷/۶	۱۰۰
فشارخون	۶/۳	۱۱/۳	۸/۸	۲۶/۴	۷۳/۶	۱۰۰
روماتیسم	۵/۳	۷/۹	۷/۵	۲۰/۸	۷۹/۲	۱۰۰
اختلالات پوستی	۶/۹	۸/۵	۴/۷	۲۰/۱	۷۹/۹	۱۰۰
تهوع و استفراغ	۴/۴	۱۲/۳	۳/۸	۲۰/۴	۷۹/۶	۱۰۰
اسهال	۲/۸	۱۳/۵	۳/۵	۱۹/۸	۸۰/۲	۱۰۰
پرکاری تیروئید	۱/۳	۸/۲	۲/۵	۱۲/۹	۸۷/۱	۱۰۰
کپیر	۱/۳	۱۳/۵	۰/۹	۱۵/۷	۸۴/۳	۱۰۰
آسم	۱/۶	۶/۹	۲/۲	۱۰/۷	۸۹/۳	۱۰۰
اختلال یا زخم روده	۰/۹	۱۰/۱	۰/۶	۱۱/۶	۸۸/۴	۱۰۰
ناتوانی یا سرد مزاجی جنسی	۱/۶	۸/۵	۰/۶	۱۰/۷	۸۹/۳	۱۰۰
سکته قلبی	۱/۳	۴/۱	۰/۹	۶/۳	۹۳/۷	۱۰۰

مطابق داده‌های جدول ۶ تفاوت در توزیع میزان اختلالات روان‌تنی برحسب میزان فشار روانی، کاملاً مشهود است. بدین معنی که آن دسته از همسران شاهد که دارای سطوح بالاتری از تنیدگی بودند، به همان نسبت اختلالات روان‌تنی شدیدتری را نیز گزارش کردند. به‌عنوان مثال، درحالی که سهم مبتلایان به اختلالات روان‌تنی شدید، در بین پاسخ‌گویان تحت تنیدگی خفیف، ۱/۹٪ بود، این رقم در بین پاسخ‌گویان تحت تنیدگی شدید، ۹/۱٪ گزارش شد. نگاهی به رقم میانگین نیز نشان‌دهنده بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روان‌تنی، در زنان تحت تنیدگی شدید (۳۵/۰) نسبت به زنان تحت

کل ارقام ۳۸ گویه، به‌عنوان میزان کل تنیدگی هر پاسخ‌گو، در نظر گرفته شد. این مقیاس قبلاً در نمونه ایرانی نیز مورد استفاده قرار گرفته است [۶].

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از بسته نرم‌افزاری علوم اجتماعی SPSS 11.5 با سطح معنی‌داری حداقل ۵٪، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که پاسخ‌گویان این تحقیق را عمدتاً همسران شاهد میانسال (میانگین ۴۶/۵ سال) و دارای تحصیلات پایین (۷۸/۳٪ کمتر از دیپلم) تشکیل دادند. اکثریت همسران شاهد، ساکن مناطق شهری (۷۲/۸٪) و خانه‌دار (۸۱/۶٪) بوده و میانگین درآمد ماهیانه آنها، در حدود نیم میلیون تومان گزارش شد. همچنین، نزدیک به نیمی از همسران شاهد (۴۱/۱٪) ازدواج مجدد نموده و میانگین تعداد فرزندان‌شان نیز ۲/۲۴ بود. اکثریت آنها (۶۰/۸٪) به هنگام ازدواج، کمتر از ۲۰ سال سن داشته و میانگین مدت زمان زندگی مشترک پاسخ‌گویان با همسران شهیدشان ۵/۱ سال گزارش شد.

جدول ۲) توزیع پاسخ‌گویان برحسب میزان تنیدگی

میزان تنیدگی	تعداد درصد درصد تجمعی		
شدید	۱۱	۳/۵	۳/۵
متوسط	۱۰۱	۳۱/۸	۳۵/۳
خفیف	۲۰۶	۶۴/۷	۱۰۰
جمع کل	۳۱۸	۱۰۰	---

براساس یافته‌های تحقیق (جدول ۲)، ۲۰۶ نفر از همسران شاهد (۶۴/۷٪) دارای میزان تنیدگی خفیف بودند، درحالی که ۳/۵٪ از آنها (۱۱ نفر) میزان تنیدگی شدیدی داشتند. همچنین، میزان تنیدگی (۳۱/۸٪) از پاسخ‌گویان در سطح متوسط بود. به‌منظور ترسیم سیمای دقیق‌تری از وضعیت میزان تنیدگی در بین همسران شاهد، گویه‌های ۳۸ مقیاس سنجش تنیدگی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۴، شیوع اختلالات روان‌تنی در بین همسران شاهد را نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به سردردهای میگرنی و عصبی و کمترین فراوانی مربوط به سکته قلبی بود. میزان کلی شیوع اختلالات روان‌تنی در بین همسران شاهد، براساس گزارش‌های شخصی در جدول ۵ آمده است. داده‌های جدول مذکور، حاکی از آن است که نزدیک به نیمی از همسران شاهد (۴۵/۶٪)، دارای نشانه‌های اختلالات روان‌تنی در سطح خفیف بودند؛ و تنها ۵/۳٪ از آنها (۱۷ نفر) نشانه‌های این اختلالات را شدید گزارش کردند.

جدول ۳) توزیع درصدی پاسخ‌گویان برحسب گویه‌های مقیاس سنجش میزان تنیدگی

دسته‌بندی گویه‌ها	شرح گویه‌ها	بله	تاحدودی خیر	جمع میانگین کل (از ۲)
گویه‌های سنجش میزان تنیدگی عمومی	قرض یا وامی دارید که برای مدتی طولانی باید آن را پرداخت کنید	۶۲/۳	۲۲/۶	۱۵/۱
	دیگران انتظارات زیادی از شما دارند	۴۴/۰	۳۱/۱	۲۴/۸
	شما سعی دارید تا در یک زمان کارهای زیادی را با هم انجام دهید	۲۷/۰	۴۳/۷	۲۹/۲
	پول کافی برای رفتن به مسافرت یا تفریح در تعطیلات ندارید	۳۱/۸	۳۳/۶	۳۴/۶
	برای خرید چیزهای مورد نیاز خود یا فرزندان پول کافی ندارید	۲۳/۶	۴۵/۳	۳۱/۱
	پیدا کردن کسی که با شما همراه و همدم باشد، برایتان بسیار سخت است	۲۴/۵	۳۵/۸	۳۹/۶
	دوستانتان زیاد نیستند	۱۸/۶	۴۶/۹	۳۴/۶
	به خاطر این که می‌خواهید مثل دیگران باشید، فشار زیادی به شما وارد می‌شود	۲۲/۶	۳۴/۹	۴۲/۵
	شما خیلی تنها هستید	۲۳/۶	۳۱/۴	۴۵/۰
	یکی از فرزندان شما خیلی ناراحت به نظر می‌رسد	۲۶/۷	۱۷/۰	۵۶/۳
گویه‌های سنجش میزان تنیدگی عمومی	برای انجام فعالیت‌های دلخواهتان زمان کافی ندارید	۱۲/۹	۴۳/۷	۴۳/۴
	می‌خواهید محل سکونت‌تان را عوض کنید ولی نمی‌توانید	۲۵/۸	۱۵/۷	۵۸/۵
	رفتار یکی از فرزندان موجب نگرانی و ناراحتی جدی برای شما شده است	۲۲/۳	۱۵/۱	۶۲/۶
	احساس می‌کنید که خانه‌دار بودن کار ارزشمندی محسوب نمی‌شود	۱۳/۵	۲۶/۴	۶۰/۱
	احساس می‌کنید که فرزندان شما به حرف شما گوش نمی‌کنند	۱۵/۴	۲۱/۴	۶۳/۲
	فرزندان شما در انجام کارهای خانه کمک نمی‌کنند	۱۲/۹	۱۹/۵	۶۷/۶
	مکانی که زندگی می‌کنید خیلی شلوغ یا از نظر محیط زیست، خیلی آلوده است	۱۲/۹	۱۸/۶	۶۸/۶
	به علت ابتلا به یک بیماری مزمن و قدیمی، نمی‌توانید کارها را آن‌چنان که دوست دارید انجام دهید	۱۳/۸	۱۵/۷	۷۰/۴
	یکی از اعضای خانواده یا دوستان نزدیکتان دچار یک بیماری کهنه یا معلولیت طولانی مدت است	۱۳/۸	۱۱/۰	۷۵/۲
	یکی از فرزندان شما زمان زیادی را در خارج از خانه می‌گذراند	۱۲/۹	۱۲/۳	۷۴/۸
گویه‌های سنجش میزان تنیدگی (ویژه زنان شاغل)	رهن یا اجاره خانه شما خیلی زیاد است	۷/۵	۱۱/۹	۸۰/۵
	وضع جسمی یکی از والدین، فرزندان، یا همسران آن قدر نگران‌کننده است که می‌ترسید بمیرد	۸/۲	۱۰/۴	۸۱/۴
	به علت ابتلا به یک بیماری مزمن و قدیمی نمی‌توانید کارها را آن‌چنان که دوست دارید انجام دهید	۶/۰	۱۳/۲	۸۰/۸
	از پدر یا مادر پیر خود یا همسران در منزل نگهداری می‌کنید	۸/۵	۵/۷	۸۵/۸
	در مقایسه با سایر همکاران کار بیشتری انجام می‌دهید	۲۵/۵	۳۸/۳	۳۶/۲
	به اندازه کاری که انجام می‌دهید به شما حقوق و دستمزد نمی‌دهند	۲۴/۴	۲۰/۰	۵۵/۶
	کارتان به شکلی است که شما را به لحاظ جسمی و روحی خسته می‌کند	۱۹/۶	۲۶/۱	۵۴/۳
	کارتان تکراری و خسته‌کننده است	۱۳/۳	۲۶/۷	۶۰/۰
	دوست دارید کارت‌تان را عوض کنید ولی نمی‌توانید	۱۰/۹	۱۹/۶	۶۹/۶
	مسئول قسمتی که در آن کار می‌کنید دائماً مراقب اعمال شماست	۶/۵	۲۱/۷	۷۱/۷
گویه‌های سنجش میزان تنیدگی (ویژه زنان متأهل)	دنبال کار دلخواهتان هستید، ولی نمی‌توانید آن را پیدا کنید	۱۰/۹	۱۰/۹	۷۸/۳
	انتظارات همسران شما از شما خیلی زیاد است	۲۰/۲	۱۷/۶	۶۲/۲
	شما به آن چه که در خانه‌تان مستحق و سزاوارش هستید نمی‌رسید	۱۶/۰	۱۹/۳	۶۴/۷
	همسران شما را درک نمی‌کند	۱۶/۰	۱۷/۶	۶۶/۴
	روابط خانوادگی‌تان موجب شده تا آزادی شخصی‌تان محدود شود	۱۰/۹	۱۷/۶	۷۱/۴
	اختلاف و کشمکش زیادی با همسران دارید	۱۲/۶	۱۲/۶	۷۴/۸
	همسران شما به اندازه کافی به روابط و پیوندهای خانوادگی، متعهد و وفادار نیستند	۱۶/۰	۵/۹	۷۸/۲
	همسران شما دائماً تهدید به جدایی و خاتمه دادن زندگی زناشویی می‌کند	۸/۴	۵/۰	۸۶/۶

روان‌تنی به صورت جداگانه در جدول ۷ نمایش داده شده است. همان‌گونه که داده‌های جدول مذکور نشان می‌دهد میزان تنیدگی به‌طور مستقیم با احتمال وقوع برخی از اختلالات روان‌تنی، به‌ویژه فشارخون، سردردهای عصبی، زخم معده و اثنی‌عشر، درد کتف و کمر، درد قفسه سینه، کم‌اشتهایی و بی‌اشتهایی، ناتوانی جنسی،

تنیدگی خفیف (۲۰/۴) است. این تفاوت مشهود، از طریق ضریب همبستگی اسپیرمن (۰/۲۶۰) با سطح معنی‌داری کامل ($Sig=0/01$) نیز تأیید شد. به‌منظور فهم دقیق‌تر تأثیر فشار روانی بر احتمال بروز انواع اختلالات روان‌تنی، رابطه بین میزان تنیدگی با هر یک از اختلالات

آرتروز، اسپهال، درد مفاصل، اختلالات قاعدگی و تهوع همبستگی معنی‌داری داشت. این درحالی است که بین میزان تنیدگی با سایر اختلالات روان‌تنی نظیر یبوست، زخم روده، تیروئید، اختلالات پوستی، سکنه قلبی، کهیر، روماتیسم و آسم رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

در راستای مبانی نظری طرح‌شده در زمینه اثرات فشار روانی در بروز یا تشدید اختلالات روان‌تنی و نیز در تأیید یافته‌های پژوهشی داخلی و خارجی، تحقیق حاضر نشان داد که میزان فشار روانی، به‌طور مستقیم و معنی‌داری بر احتمال ابتلای همسران شاهد به انواع نشانه‌ها و اختلالات روان‌تنی، تأثیر داشته است. به‌عنوان مثال، در تأیید پژوهش‌های انجام‌شده [۲۹، ۳۰، ۳۱]، نتایج تحقیق حاضر نشان داد که میزان تنیدگی، بر احتمال ابتلای آنان به بیماری‌های گوارشی، به‌ویژه زخم معده، تأثیرگذار بوده است. همچنین، همانند برخی نتایج پژوهشی [۳۲، ۳۳، ۳۴]، یافته‌های پژوهش حاضر نیز حاکی از آن است که میزان بالاتر تنیدگی، با بالا بودن میزان فشار خون همبستگی مثبت داشته است. علاوه بر این، نتایج این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها [۲۹، ۳۵، ۳۶] نشان‌دهنده اثرات تنیدگی بر ناتوانی جنسی و مشکلات قاعدگی بوده است. با این حال، ارتباط و همبستگی بین برخی از اختلالات روان‌تنی نظیر بیماری‌های پوستی و آسم با میزان تنیدگی، که در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده بود [۳۷، ۳۸]، در تحقیق حاضر مورد تأیید قرار نگرفت.

نتیجه‌گیری

شیوع با عنایت به یافته‌های تحقیق، راهکارهای زیر برای کاهش میزان تنیدگی و در نهایت پیشگیری از بروز یا تشدید اختلالات روان‌تنی همسران شاهد پیشنهاد می‌گردد:

۱- با توجه به تأثیرات شدید میزان فشار روانی بر افزایش احتمال ابتلای همسران شاهد به اختلالات روان‌تنی، ضرورت کاهش دادن فشارهای روانی آنان باید با فراهم آوردن شرایط زندگی مناسب‌تر و افزایش میزان رضایت همسران شاهد از زندگی‌شان، همراه با مداخلاتی به‌منظور آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی و چگونگی افزایش عزت‌نفس مورد توجه قرار گیرد. همچنین، باید امکانات مادی و غیرمادی لازم برای مقابله با تنیدگی برای همسران شاهد فراهم شود. به‌عنوان مثال، به آنان آموخت که چگونه از زندگی‌شان لذت ببرند، اعتمادبه‌نفس‌شان را تقویت نمایند و احساس تعارض و تداخل بین نقش‌های شغلی و خانگی‌شان را کاهش دهند.

۲- برقراری ارتباط مستمر و صمیمی بین مددکاران بنیاد شهید با همسران شاهد به‌صورت حضوری (چهره به چهره) و غیرحضوری

جدول ۵) توزیع پاسخ‌گویان برحسب میزان شیوع اختلالات روان‌تنی

میزان شیوع	تعداد	درصد	درصد تجمعی
شدید	۱۷	۵/۳	۵/۳
متوسط	۱۵۶	۴۹/۱	۵۴/۴
خفیف	۱۴۵	۴۵/۶	۱۰۰
جمع کل	۳۱۸	۱۰۰	---

جدول ۶) آزمون همبستگی بین میزان تنیدگی و میزان اختلالات روان‌تنی

میزان تنیدگی ←	کم	متوسط	زیاد	جمع				
میزان اختلالات ↓	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد				
خفیف	۱۱۱	۵۳/۹	۳۲	۳۱/۷	۲	۱۸/۲	۱۴۵	۴۵/۶
متوسط	۹۱	۴۴/۲	۵۷	۵۶/۴	۸	۷۲/۷	۱۵۶	۴۹/۱
شدید	۴	۱/۹	۱۲	۱۱/۹	۱	۹/۱	۱۷	۵/۳
جمع کل	۲۰۶	۱۰۰	۱۰۱	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۳۱۸	۱۰۰
میانگین	۲۰/۴	۳۰/۷	۳۵/۰	۲۴/۱	سطح معنی‌داری = ۰/۰۰۱			
				همبستگی اسپیرمن = ۰/۲۶۰				

جدول ۷) آزمون همبستگی بین میزان تنیدگی و احتمال ابتلا به انواع اختلالات روان‌تنی

ردیف	اختلالات روان‌تنی	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
۱	فشار خون بالا	۰/۲۶۸	۰/۰۰۰۱
۲	سر درد های عصبی و تنشی	۰/۲۰۹	۰/۰۰۰۱
۳	زخم معده و اثنی عشر	۰/۲۰۸	۰/۰۰۰۱
۴	درد کتف و کمر	۰/۲۰۲	۰/۰۰۰۱
۵	درد قفسه سینه	۰/۱۸۱	۰/۰۰۱
۶	کم‌اشتهایی و بی‌اشتهایی روانی	۰/۱۸۱	۰/۰۰۱
۷	ناتوانی جنسی	۰/۱۷۳	۰/۰۰۲
۸	آرتروز	۰/۱۶۹	۰/۰۰۳
۹	اسپهال	۰/۱۶۳	۰/۰۰۴
۱۰	درد مفاصل	۰/۱۴۴	۰/۰۱۰
۱۱	اختلالات قاعدگی	۰/۱۱۹	۰/۰۳۳
۱۲	تهوع	۰/۱۱۸	۰/۰۳۵
۱۳	یبوست	۰/۰۳۴	۰/۵۴۷
۱۴	زخم روده	۰/۰۳۱	۰/۵۷۷
۱۵	تیروئید	۰/۰۳۱	۰/۵۷۸
۱۶	اختلالات پوستی	۰/۰۲۶	۰/۶۴۸
۱۷	سکنه قلبی	-۰/۰۰۶	۰/۹۱۳
۱۸	کهیر	-۰/۰۰۴	۰/۹۴۷
۱۹	روماتیسم	۰/۰۰۳	۰/۹۵۸
۲۰	آسم	۰/۰۰۲	۰/۹۶۵

۱۶- مؤیدی علی اکبر. بررسی ازدواج مجدد همسران شهدا و تأثیر آن بر وضعیت روانی-اجتماعی آنان و وضعیت سازگاری و مشکلات تحصیلی فرزندان شاهد [طرح پژوهشی]. تهران: بنیاد شهید و امور ایثارگران؛ ۱۳۷۴.

۱۷- نوربالا احمدعلی، مداحی محمدابراهیم. مطالعه سیمای بالینی و بررسی علل موفقیت یا عدم موفقیت ازدواج مجدد همسران بیوه [طرح پژوهشی]. تهران: دانشگاه شاهد؛ ۱۳۷۲.

۱۸- عسگری اکرم. بررسی ازدواج مجدد همسران شهدا و تأثیر آن بر وضعیت روانی-اجتماعی آنان و وضعیت سازگاری و مشکلات تحصیلی فرزندان شهر اراک [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۱.

۱۹- حیدری فاطمه. بررسی میزان افسردگی در همسران شاهد ازدواج کرده و ازدواج نکرده شهرستان سبزوار [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه شهید بهشتی؛ ۱۳۸۲.

۲۰- کاپلان هارولد، سادوک بنیامین. چکیده روان پزشکی بالینی. پورافکاری نصرت اله، مترجم. تهران: انتشارات آزاده؛ ۱۳۷۲.

۲۱- اخوت ولی اله. تشخیص اختلالات روانی. تهران: انتشارات رز؛ ۱۳۶۲.

۲۲- ریس لینیفورد. مختصر روان پزشکی. محیط احمد، میرسپاسی غلامرضا، مترجمان. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۶۴.

۲۳- شاملو سعید. آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۷۰.

۲۴- آزاد حسین. آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت؛ ۱۳۷۲.

۲۵- گاجل رابرت جی. زمینه روان شناسی تندرستی. خوی نژاد غلامرضا، مترجم. تهران: آستان قدس رضوی؛ ۱۳۷۷.

۲۶- دیویسون جرالدهی. آسیب شناسی روانی. دهستانی مهدی، مترجم. تهران: انتشارات ویرایش؛ ۱۳۸۴.

۲۷- علی پور احمد. ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران. ۱۳۸۵؛ ۱۲(۲): ۹-۱۳۴.

28- Ali J. Gender, social class and mental health: Elaborating the sociological approach to the stress process [dissertation]. Canada: The University of Western Ontario; 1998.

۲۹- کوشان محسن، بهناموشانی حمیدرضا. بررسی عوامل استرس زا و ارتباط آن با برخی از شکایات شایع جسمانی. فصل نامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. ۱۳۸۱؛ ۹(۴): ۳۰-۲۱.

۳۰- وفایی باقر، گلایی جمشید. سنجش رابطه استرس های زندگی و بیماری های گوارشی (زخم معده). مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۸۳؛ ۲۸(۴): ۹-۲۸۵.

31- Marks DF, Murray MD, Evans B, Willig C, Sykes CM, Cailine W. Health psychology: Theory, research and practice. London: Sage; 2000.

32- Hector FM. Life stress, health and blood pressure in black college students. J Black Psychol. 1983;9(2):1-25.

33- Naliboff D, Minou M, Fass R, Fitzgerald RN, Chang L, Bolus R, et al. The effects of life stress on symptoms of heartburn. Psychosom Med. 2004;66:426-34.

34- Vrijkotte TGM. Over commitment to work is associated with changes in cardiac sympathetic regulation? Psychosom Med. 2004;66:656-63.

۳۵- ماهیار آذر، ایرانپور چنگیز، نوحی سیمنا. اختلال عملکرد جنسی و وضعیت روانی در زنان. فصل نامه اندیشه و رفتار. ۱۳۸۲؛ ۹(۲): ۲۲-۹.

36- Chandraiah S, Levenson JL, Collins JB. Sexual dysfunction, social maladjustment and psychiatric disorders in women seeking treatment in a premenstrual syndrome clinic. Int J Psychiatry Med. 1991;21(2):189-204.

۳۷- رادمنش محمد، شفیع صدیقه. آسیب شناسی روانی بیماری های روان تنی پوست. فصل نامه بیماری های پوست. ۱۳۸۱؛ ۵(۳): ۶-۲.

۳۸- وفایی باقر، پوررحیمی فرهاد. بررسی نقش عوامل استرس زای زندگی در حمله آسم. مجله پزشکی ارومیه. ۱۳۸۳؛ ۱۵(۲): ۷-۱۴۲.

(از طریق تلفن، پیام کوتاه، اینترنت، پست)، به منظور آرایه مشاوره های ضروری و مورد نیاز در جهت حل و فصل مشکلات شخصی و خانوادگی می تواند سلامت روانی و جسمی همسران شاهد را بهبود بخشیده و احتمال ابتلای آنان به اختلالات روان تنی را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش با حمایت مالی اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان مازندران انجام شده است. بدین وسیله از مسئولان محترم بنیاد شهید استان، به ویژه آقایان دکتر تقوی، نصراللهی و امیرخانلو و خانم پریچهره سپاسگزاری می شود.

منابع

1- Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. Expert Syst Appl. 2005;28(4):673-9.

۲- ولمن بنجامین. اختلالات روان تنی. نجاریان بهمن، دهقانی محسن، دباغ بهرام، مترجمان. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۷۵.

۳- کوکرین ریموند. مبانی اجتماعی بیماری های روانی. نجاریان بهمن، براتی فرید، مترجمان. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۷۶.

۴- ریاحی محمداسماعیل. بررسی تطبیقی تفاوت های جنسیتی در عادت های غذایی دانشجویان ایرانی و هندی. فصل نامه مطالعات زنان. ۱۳۸۴؛ ۸(۱۲۵): ۹۷-۱۲۵.

5- Li L, Liang J, Toler A, Gu S. Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: Do gender and source of support make a difference? Soc Sci Med. 2005;60(3):637-47.

۶- قدسی علی محمد. بررسی جامعه شناختی رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی [پایان نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۲.

۷- دیبماتو امربین. روان شناسی سلامت. آذربایجانی مسعود، سالاری فر محمدرضا، موسوی اصل سیدمهدی، عباسی اکبر، مترجمان. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۷۸.

8- Cairney J, Boyle MH, Lipman EL, Racine Y. Single mothers and the use of professionals for mental health care reasons. Soc Sci Med. 2004;59(12):2535-46.

۹- آقاخانی زهرا. مقایسه و بررسی میزان گرایش به اختلال روانی بین همسران شاهد و غیرشاهد در شهر اصفهان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین؛ ۱۳۷۹.

۱۰- کرد بهمن. بررسی ازدواج مجدد همسران شاهد و تأثیر روان شناختی آن بر فرزندان شاهد [پایان نامه کارشناسی ارشد]. سیستان و بلوچستان: دانشگاه سیستان و بلوچستان؛ ۱۳۸۲.

۱۱- احمدی خدابخش. بررسی مقایسه ای وضعیت ازدواج مجدد و آثار آن در بهداشت روانی همسران شهدا و همسران متوفیان. دومانه نامه دانشور و رفتار. ۱۳۸۳؛ ۱۱(۸): ۳۵-۴۵.

۱۲- علی پور معصومه، رعیتی نژاد مهدی. بررسی میزان افسردگی در همسران شهید شهرستان شیراز [پایان نامه کارشناسی ارشد]. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز؛ ۱۳۸۰.

۱۳- عرب پور علی. آسیب شناسی روانی همسران شهدای شهرستان بیرجند [پایان نامه کارشناسی ارشد]. بیرجند: دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند؛ ۱۳۸۲.

۱۴- عباسپور آذر. بررسی وضعیت روانی-اجتماعی همسران شهدا که ازدواج مجدد کرده اند [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۱.

۱۵- رسول زاده طباطبایی کاظم. بررسی مقایسه ای وضعیت روان شناختی و رتبه بندی استرسورهای روانی همسران شهدای که ازدواج مجدد کرده اند و آنهایی که ازدواج مجدد نکرده اند. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی؛ خلاصه مقالات کنگره سراسری خانواده، ۱۳۷۳.