

صلى الله عليه وسلم



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران مرکزی
دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی

رساله دکتری رشته روان‌شناسی

عنوان:

شناسایی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی در
پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان - مشاوران

استاد راهنما:

دکتر حیدرعلی هومن

استادان مشاور:

دکتر مهدیه صالحی

دکتر مژگان سپاه منصور

پژوهشگر:

شادی جزایری

سال تحصیلی: 88-89



دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی

دانشکده علوم اجتماعی

چکیده پایان نامه

(این چکیده به منظور چاپ در پژوهش نامه دانشگاه تهیه شده است)

عنوان پایان نامه: شناسایی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب شناسی روانی در پزشکان، روان پزشکان و روان شناسان - مشاوران.

نام و نام خانوادگی دانشجو: شادی جزایری

رشته تحصیلی: روان شناسی

استاد راهنما: دکتر حیدرعلی هومن

استاد مشاور: دکتر مهدیه صالحی، دکتر مژگان سپاه منصور

تاریخ شروع پایان نامه: 884/25

تاریخ اتمام پایان نامه: 896/1

شماره دانشجویی:

آدرس و شماره تلفن: تهران، میدان ونک، خ. برزیل شرقی، خ. نیلو، کوچه 12، پلاک 14. تلفن: 88773858

- 1) هدف پژوهش: بررسی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب شناسی روانی در سه گروه شغلی (پزشکان، روان پزشکان، روان شناسان - مشاوران) و مقایسه آنان در آسیب شناسی روانی و بهزیستی روانی با یکدیگر؛ ساخت ابزاری معتبر و روا برای شناسایی بهزیستی روانی درمانگران.
- 2) روش نمونه گیری: در این پژوهش، از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شده است.
- 3) روش پژوهش: در این پژوهش از روش های آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، و تحلیل واریانس (F) استفاده شده است.
- 4) ابزار نمونه گیری: آزمون محقق ساخته بهزیستی روانی و آزمون آسیب شناسی روانی (SCL90-R).
- 5) طرح پژوهش: اکتشافی - توصیفی است.
- 6) نتیجه کلی: درمانگران (پزشکان، روان پزشکان و روان شناسان - مشاوران) از بهزیستی روانی خوبی برخوردارند و همچنین هیچ یک از سه گروه آسیب یا اختلال روانی را نشان ندادند. گروه روان پزشکان بهزیستی روانی بالاتر و سپس روان شناسان - مشاوران و در آخر پزشکان قرار دارند. همچنین در آسیب شناسی روانی، روان پزشکان اختلال روانی کمتر و سپس گروه روان شناسان - مشاوران و در انتها گروه پزشکان قرار دارند. آزمون معتبر 67 سؤالی بهزیستی روانی برای سنجش سلامت روانی افراد (درمانگران) ساخته شد.

مناسب است

نظر استاد راهنما برای چاپ در پژوهش نامه دانشگاه..... تاریخ و امضاء

مناسب نیست

چکیده^۱

هدف این پژوهش بررسی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی در سه گروه شغلی (پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان/ مشاوران) و مقایسه آنان در آسیب‌شناسی روانی و بهزیستی روانی با یکدیگر، و همچنین ساخت و تهیه ابزاری معتبر و روا (63 سؤالی) برای سنجش بهزیستی روانی در گروه‌های ذکر شده است. بدین منظور از پرسشنامه محقق‌ساخته بهزیستی روانی برای ارزیابی بهزیستی روانی درمان‌گران و پرسشنامه SCL-90-R برای ارزیابی اختلال یا آسیب‌شناسی روانی درمان‌گران استفاده شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران ایرانی است که از نظام حرفه‌ای خود مجوز کار روان‌درمانی دارند. گروه نمونه این پژوهش را 191 نفر درمان‌گر در دسترس (54 نفر روان‌پزشک، 52 نفر پزشک و 85 نفر روان‌شناس/ مشاور) تشکیل داده‌اند. روش تحقیق، از نوع زمینه‌یابی با اهداف تبیین و کشف است و از تکنیک‌های پیمایشی برای تحلیل مقایسه سه گروه استفاده شده است. نوع مطالعه شبه‌تجربی (مطالعه گروه‌های ایستا (فقط پس‌تست)) و مدل تحلیل آماری، تحلیل واریانس چندمتغیری است. در این پژوهش برای توصیف داده‌ها از روش‌های متداول آمار توصیفی یعنی توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و برای تحلیل آماری از روش‌های آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، و تحلیل واریانس (F) استفاده شده است. نتایج نشان داد که درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران) از بهزیستی روانی خوبی برخوردارند و هیچ‌یک از سه گروه آسیب یا اختلال روانی را نشان ندادند. مقایسه میزان بهزیستی روانی در آزمودنی‌ها نشان داد که روان‌پزشکان از بهزیستی روانی بالاتری برخوردارند و سپس روان‌شناسان/ مشاوران و در آخر پزشکان قرار دارند. در آسیب‌شناسی روانی، روان‌پزشکان اختلال روانی کمتر و سپس گروه روان‌شناسان/ مشاوران در سطح دوم و پزشکان در پایین‌ترین سطح به لحاظ سلامت روان قرار دارند. **کلید واژگان:** بهزیستی روانی، آسیب‌شناسی روانی، درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان/ مشاوران).

فهرست مطالب

عنوان.....صفحه

فصل یکم: معرفی پژوهش

.....2	موضوع پژوهش
.....2	بیان مسئله پژوهش
.....5	اهمیت پژوهش
.....6	اهداف پژوهش
.....7	پرسش‌های پژوهش
.....7	تعاریف مفهومی
.....10	تعاریف عملیاتی

فصل دوم: بررسی پیشینه پژوهش

.....12	پیشینه نظری
.....13	بهداشت روانی
.....13	بهبودی روانی
.....17	تاریخچه بهبودی روانی
.....19	ابعاد بهبودی روانی
.....20	شاخصهای بهبودی روانی و روشهای ارزیابی آن
.....24	تعریف بهبودی روانی و عناصر آن از نظر متخصصان روانی
.....33	نظریه‌های بهبودی روانی
.....38	دیدگاههای مبتنی بر عوامل متنوع مؤثر بر بهبودی روانی
.....41	دیدگاههای مبتنی بر نقش وراثت و محیط بر بهبودی روانی

42	دیدگاه‌های مبتنی بر پیشگیری و درمان بیماری روانی در راستای بهزیستی روانی
47	دیدگاه‌های معطوف به ارتقاء بهزیستی روان
48	آسیب [اختلال] روانی
51	طبقه‌بندی اختلالات روانی
54	عوامل مؤثر بر نابهنجاری (آسیب روانی یا اختلال روانی)
55	میزان شیوع اختلال‌های روانی و آسیب‌های روانشناختی
56	درمانگران
58	شاخص‌های درمانگران
58	ویژگی‌های درمانگران
61	ویژگی‌های شخصیتی درمانگران کارآمد
63	دیدگاه‌های مبتنی بر لزوم بهداشت روانی (بهزیستی روانی) برای درمانگران
65	شیوه‌های عملی برای رشد و بالیدگی درمانگران
66	تأثیر روان‌درمانی درمانگران بر افزایش کارایی آنها
67	پیشینه عملی
70	ضرورت پژوهش
	فصل سوم: روش پژوهش
74	جامعه آماری و گروه نمونه مورد مطالعه
75	ابزار پژوهش
80	روش گردآوری داده‌ها
80	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

82..... مقدمه

83..... توصیف داده‌ها

104..... تحلیل داده‌ها

فصل پنجم: بحث و تفسیر

112..... مقدمه

113..... بحث در یافته‌ها

121..... محدودیت‌های پژوهش

122..... پیشنهادهای

فهرست منابع

123..... فارسی

126..... انگلیسی

132..... پیوست‌ها

فهرست جدول‌ها

عنوان..... صفحه

.....22	جدول 1 طرحواره ارزیابی سلامت روان همه‌جانبه
.....23	جدول 2 خلاصه‌های از ارزیابی سلامت روان
.....36	جدول 3 بهنجاری و بهزیستی روانی از نگاه روان‌کاوی
.....37	جدول 4 خلاصه‌های از فرضیه‌های اصلی در بهزیستی روانی
.....52	جدول 5 اختلال‌های محور I در DSM-IV-TR
.....55	جدول 6 علل نابهنجاری
.....57	جدول 7 خلاصه اصلی‌ترین متخصصان حیطه آسیب‌های روان‌شناختی
.....83	جدول 8 توزیع فراوانی جنسیت در گروه‌های مختلف درمان‌گران
.....84	جدول 9 توزیع فراوانی سابقه کار درمانی درمان‌گران
.....85	جدول 10 توزیع فراوانی گروه‌های سنی درمان‌گران
.....86	جدول 11 توزیع فراوانی آزمون بهزیستی روانی در گروه پزشکان
.....87	جدول 12 توزیع فراوانی آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌پزشکان
.....88	جدول 13 توزیع فراوانی آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌شناسان/ مشاوران
.....89	جدول 14 توزیع فراوانی آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL90-R) در گروه پزشکان
.....90	جدول 15 توزیع فراوانی آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL90-R) در گروه روان‌پزشکان
.....91	جدول 16 توزیع فراوانی آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL90-R) در گروه روان‌شناسان/ مشاوران
.....92	جدول 17 توزیع فراوانی سه گروه شغلی (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان- مشاوران) در آزمون بهزیستی روانی

جدول 18	توزیع فراوانی سه گروه شغلی (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان- مشاوران) در آزمون آسیب‌شناسی روانی	93
جدول 19	میانگین و انحراف استاندارد سؤالات آزمون بهزیستی روانی در گروه پزشکان	94
جدول 20	میانگین و انحراف استاندارد سؤالات آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌پزشکان	95
جدول 21	میانگین و انحراف استاندارد سؤالات آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌شناسان/مشاوران	97
جدول 22	میانگین و انحراف استاندارد سؤالات آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL-90-R) در گروه پزشکان	99
جدول 23	میانگین و انحراف استاندارد سؤالات آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL-90-R) در گروه روان‌پزشکان	100
جدول 24	میانگین و انحراف استاندارد سؤالات آزمون آسیب‌شناسی روانی در گروه روان‌شناسان/مشاوران	102
جدول 25	مشخصه‌های آماری بهزیستی روانی در سه گروه پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان/ مشاوران	104
جدول 26	مشخصه‌های آماری آسیب‌شناسی روانی (SCL-90-R) در سه گروه پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان/ مشاوران	105
جدول 27	ضرایب همبستگی بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران	107
جدول 28	تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) برای اثر گروه بر ترکیب خطی آسیب‌شناسی روانی و بهزیستی روانی	108
جدول 29	نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین آسیب‌شناسی روانی و بهزیستی روانی در درمان‌گران	109
جدول 30	میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روانی	109
جدول 31	میانگین و انحراف استاندارد آسیب‌شناسی روانی	110

فهرست شکل‌ها و نمودارها

عنوان.....صفحه

شکل 1 دو پیوستار سلامت روان و بیماری روانی44

شکل 2 ارتباط بین بهزیستی روانی و سلامت- بیماری روانی46

شکل 3 ابعاد سلامت روان47

نمودار 1 مقایسه جنسیت در گروه‌های مختلف درمان‌گر83

نمودار 2 مقایسه گروه‌های درمان‌گر با توجه به سابقه کار84

نمودار 3 مقایسه گروه‌های درمان‌گر با توجه به گروه‌های سنی85

فهرست پیوست‌ها

عنوان.....صفحه

جدول 1 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا در صورت حذف سؤال
برای اعتبار آزمون بهزیستی روانی در گروه پزشکان
.....132.....

جدول 2 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا پس از حذف سؤال
برای افزایش اعتبار آزمون بهزیستی روانی در گروه پزشکان
.....134.....

جدول 3 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا در صورت حذف سؤال
برای اعتبار آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌پزشکان
.....135.....

جدول 4 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا پس از حذف سؤال
برای افزایش اعتبار آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌پزشکان
.....137.....

جدول 5 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا در صورت حذف سؤال
برای اعتبار آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌شناسان/ مشاوران
.....139.....

جدول 6 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا پس از حذف سؤال
برای افزایش اعتبار آزمون بهزیستی روانی در گروه روان‌شناسان / مشاوران.
.....141.....

جدول 7 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا در صورت حذف سؤال
برای اعتبار آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL-90-R) در گروه پزشکان
.....142.....

جدول 8 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا در صورت حذف
سؤال برای اعتبار آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL-90-R) در گروه روان‌پزشکان
.....144.....

جدول 9 مشخصه‌های آماری ضریب همبستگی هر سؤال با نمره کل و ضریب آلفا در صورت حذف سؤال
برای آزمون آسیب‌شناسی روانی (SCL-90-R) در گروه روان‌شناسان/ مشاوران
.....146.....

موضوع پژوهش

شناسایی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی در پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان / مشاوران.

بیان مسئله پژوهش

بهزیستی روانی، در قالب پدیده‌ای روانی-اجتماعی، مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط است و باید آنرا در چارچوب عوامل اساسی زمینه‌ساز و تعدیل‌کننده مورد توجه قرار داد (گردی و همکاران، 1384).

بهزیستی و سلامت روانی، جسمی و اجتماعی برای همه افراد ضروری و اساسی است (لیچسنرینکو، لی‌بینگ،

2003)، به‌خصوص برای گروه درمان‌گران که دائماً با مشکلات و ناسازگاری‌ها و آسیب‌های مختلفی در درمان‌جویان سر و کار دارند و محیط شغلی پر تنش را تجربه می‌کنند که این امر می‌تواند بهزیستی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. تردیدی نیست که روان‌درمان‌گران در ارتباط خود با مراجعان، از تأثیر باورها، ارزش‌ها و آرمان‌ها و گاه راز و رمزهای درونی خود رها نیستند. به همین دلیل، گاه گفته می‌شود که یک مشاور و روان‌درمان‌گر علاوه بر طی آموزش‌های دقیق و طولانی، خود باید دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص باشد تا بتواند روان‌درمان‌گر موفقی شود. مشاوره و روان‌درمانی، شامل روابط عاطفی و فکری نزدیک میان دو انسان است و در این رابطه، خصوصیات شخصیتی مشاور تأثیر بسزایی در مراجع دارد. یک روان‌درمان‌گر، در مرحله نخست باید کوشش کند تا احساسات، افکار، تمایلات و انگیزه‌های خود را بشناسد و از این طریق بتواند قادر به شناخت و فهم خصوصیات روانی مراجعان شود. افرادی که به منظور ارضاء نیازهای ناشناخته خود داوطلب کمک به دیگران می‌شوند و افرادی که میل به رهبری و ارشاد و هدایت و نصیحت به دیگران در آنها شدید است، نمی‌توانند روان‌درمان‌گران خوبی باشند (خاکپور، 1374). این امر ضرورت بهزیستی روانی در درمان‌گران را به وضوح مشخص می‌سازد.

¹. Leichsenring, F.& Leibing, E.

در میان گروه‌های مختلف درمان‌گران، روان‌پزشکان با بیماری‌های شدیدتر روان‌شناختی دست به گریبان هستند، در حالی که روان‌شناسان-مشاوران با آسیب‌های روان‌شناختی خفیف‌تری روبرو هستند. این امر می‌تواند تفاوت این گروه از درمان‌گران را در بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی خودشان ایجاد کند. گروه پزشکان اگرچه به‌طور خاص با بیماران روانی سروکار ندارند اما چون تجربیات استرس‌زا و تروماتیک بخش بزرگی از حرفه آنان است، می‌تواند به سلامت روانی آنان آسیب جدی وارد کند. پزشکان در کار درمانی خود گاه مجبور می‌شوند به افرادی خدمات و سرویس بدهند و یا برای گروهی زحمت بکشند که به جای بهترشدن، عمدتاً جان خود را از دست می‌دهند. این واقعیت می‌تواند استرس شغلی و فرسودگی را در این گروه از درمان‌گران افزایش دهد (مالت^۱ و همکاران^۱ 1991).

به اعتقاد جنسن و برگین^۲ (1988) به‌نظر می‌رسد این گروه از درمان‌گران در برابر مسائل روان‌شناختی خود آسیب‌پذیرترند، زیرا دو گروه قبلی (روان‌پزشکان و روان‌شناسان/مشاوران) در آموزش‌های خود با مهارت‌هایی برای شناسایی و مقابله با عوامل و عناصر بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی آشنا می‌شوند. از درمان‌گران انتظار می‌رود با بیمار همدلی کنند یعنی به آنان گرمی و محبت نشان دهند، آنها را مورد توجه و حمایت قرار دهند و در عین حال منطقی باشند. این امر می‌تواند زمینه‌ساز تعارض و مشکلات روان‌شناختی برای درمان‌گران باشد، اگرچه روان‌شناسان بسیاری چون فروید تأکید بر عدم تداخل احساسات و هیجانات درمان‌گر در فرایند درمان داشته‌اند، اما اجتناب از این امر در مورد مسائل روان‌شناختی که طبیعتاً درگیری هیجانی را می‌طلبد بسیار دشوار است (به نقل از خاکپور^۳ 1374). بدین ترتیب تداخل و تعامل عناصر شناختی و هیجانی در درمان می‌تواند درمان‌گران را دچار تعارض و فرسودگی کند، اگرچه سهم عوامل شناختی در این مورد کمتر است اما به هر حال واردشدن این عناصر بخصوص عامل هیجانی می‌تواند بر بهزیستی روانی درمان‌گران تأثیر نامطلوب داشته باشد (دی‌جانگ^۳ 2008).

به اعتقاد خیلی‌ها، علاقمندان به حرفه روان‌درمانی، خود بیمار و فاقد احساس امنیت عاطفی هستند و به کمک احتیاج دارند. به عنوان مثال فروید معتقد بود کسانی که علاقه زیادی به روان‌درمانی نشان

¹. Mallett, K.

². Jensen, Joy P. & Bergin, Allen E.

³. De Jonge J.

می دهند در واقع به طور ناخودآگاه از آن برای سرپوش گذاردن بر تمایلات پرخاشگرانه خود استفاده می کنند (به نقل از خاکپور 1376).

بسیاری از مشاوران و روان درمان گران از گذشته های خود جراحی و نگرانی هایی دارند و با توجه به اینکه کار مشاوره و درمان هم بسیار خسته کننده و فشارآور است، نگرانی و ناراحتی مضاعف را برای این گروه به همراه دارد. این مسائل شخصی گاه با احساسات و مسائل ناخوشایند مراجع در هم می آمیزد و فضای جلسه درمان را آلوده و رابطه درمانی را مخدوش می کند. بدین ترتیب اگر درمان گران خود با مسائل و آسیب های جدی روانشناختی مواجه شوند، یک فاجعه بهداشتی در جامعه شکل می گیرد. پژوهش ها نشان می دهد که فرسودگی شغلی ناشی از کار با بیماران می تواند در درمان گر احساس خشم ایجاد کرده و این خشم به فضای درمان کشیده شده و نسبت به مراجع ابراز شود و در نهایت درمان را مختل کند (ماسلاچ، 2003). اگرچه درمان گران نباید آسوه سازگاری باشند ولی درمان گری که خود مشکلات و مسائل روانشناختی دارد غیرممکن است آنقدر که لازم است کارایی داشته باشد.

با توجه به اهمیت و ضرورت بهداشت روانی برای درمان گران، تا به امروز یک بررسی جامع از وضعیت سلامت و بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب شناسی روانی درمان گران در جامعه ایران به عمل نیامده است و همچنین ابزاری معتبر و روا نیز در این زمینه وجود ندارد تا بتوان بر پایه آن سنجشی دقیق انجام داد و در نهایت موجبات ارتقاء سلامت و بهزیستی روانی درمان گران و به تبع آن بهزیستی روانی در مراجعان و در آخر سلامت جامعه به وجود آورد. علاوه بر این با توجه به اینکه آموزش و تربیت متخصصان بهداشت روانی علاوه بر بُعد آموزشی، شامل پرورش شخصیت و تربیت و آماده سازی روان درمان گرانی کارآمد و مؤثر است، محقق درصدد آمده است تا با بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی درمان گران و آسیب شناسی روانی آنان، بر اهمیت توجه به بُعد پرورش شخصیت روان درمان گران در گزینش و آموزش آنان تأکید کند.

¹. Maslach, C.

اهمیت پژوهش

با توجه به این که در حال حاضر، پزشکان و روان‌درمان‌گران در درمان اختلالات جسمی و روانی نقش محوری دارند؛ اهمیت و ضرورت پرداختن به این امر به صورت مسئله‌ای جدی در جامعه ایران بارز و مشهود به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به اینکه به‌کارگیری مهارت‌های درمانی می‌تواند در فرد درمان‌گر احساس خستگی، ناراحتی، و یا حتی فرسودگی ایجاد کند، مطالعه و شناسایی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی در پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران به‌عنوان درمان‌گران اختلال‌های روانی ضرورت بیشتری می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده است که اگر درمان‌گران به نیازهای عاطفی، اجتماعی و جسمانی خود نپردازند، احتمال کمتری وجود دارد که بر دیگران تأثیر مطلوب گذارد و در کمک به مراجعان موفق شوند. با توجه به نداشتن اطلاعات کافی در زمینه عوامل بهزیستی روانی و ارتباط آن با بیماری روانی در گروه‌های مورد تحقیق، بررسی موارد فوق می‌تواند علاوه بر مشخص ساختن عوامل بهزیستی روانی، ارتباط آن را با بیماری روانی در گروه‌های شغلی که مستقیماً مسئول و سردمدار و متولی برنامه‌های بهزیستی روانی، سلامت و بیماری روانی برای افراد هستند بررسی کند.

به نظر می‌رسد با یافته‌ها و دستاوردهای استنتاجی پژوهش‌هایی از این نوع، می‌توان به ارتقاء بهزیستی درمان‌گران سه‌گروه یادشده کمک‌های شایانی کرد. ارتقاء بهزیستی فرایندی است که به موجب آن افراد می‌توانند کنترل خود را بر سلامت خویش افزایش و بهبود بخشند و بلدستیابی به وضعیت بهزیستی نسبی جسمی، روانی، اجتماعی، بتوانند نیازهای خویش را برآورده کنند (تودور^۱، 1996).

با توجه به موارد یادشده است که موضوع مورد بررسی در این پژوهش، بر محور مطالعه "شناسایی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی در "پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران"، قرار گرفته است و با در نظر گرفتن طرح و قالب معمول تحقیق روان‌شناختی، پژوهش حاضر می‌کوشد متغیرهای اثرگذار بر بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی را با بهره‌گیری از رویکردهای گوناگون روان‌شناختی به‌منزله چارچوب مرجع نظری، با بهره‌گیری از الگویی نظری^۲ تبیین کند و به ارائه راهکارها و پیشنهادهایی در این جهت بپردازد.

^۱. Tudor

^۲. Theoretical Model

اهداف پژوهش

۱. شناسایی عناصر و سطوح بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران) به منظور ایجاد فضای مناسب در بهبود بهداشت روانی درمان‌گران و ارتقاء بهزیستی روانی آنان و در نتیجه افزایش سطح کیفی درمان؛
۲. شناسایی سطوح آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران)؛
۳. ارتباط بین بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران)؛
۴. تفاوت بین بهزیستی روانی - آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران)؛
۵. تهیه ابزاری معتبر و روا برای سنجش میزان بهزیستی روانی متخصصان امر درمان؛
۶. تهیه ابزاری معتبر و روا برای استخدام، انتصاب و ارتقاء درمان‌گران؛
۷. تهیه ابزاری معتبر و روا برای پژوهش‌های آینده.

پرسش‌های پژوهش

۱. سطح بهزیستی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران) تا چه میزان است؟
۲. سطح آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران) تا چه میزان است؟
۳. آیا بین بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی روانی در درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران) رابطه وجود دارد؟
۴. آیا بین پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان/ مشاوران در آزمون‌های بهزیستی روانی و آسیب‌شناسی تفاوت وجود دارد؟
۵. آیا آزمون محقق‌ساخته بهزیستی روانی اعتبار کافی دارد؟

۶. آیا آزمون آسیب‌شناسی روانی^۱ (SCL90-R) در گروه درمان‌گران اعتبار کافی دارد؟

تعاریف مفهومی

بهزیستی روانی: بهنجاری و بهزیستی روانی موضوعات اصلی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی هستند اما تعریف آن‌ها دشوار است. برای مثال بهنجاری به صورت الگوهای رفتار یا صفات شخصیتی تعریف شده است که در حالت عادی دیده می‌شوند و یا با برخی معیارهای زندگی و رفتار مقبول و صحیح مطابقت دارند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، بهنجاری حالتی از سلامتی کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی است، اما این تعریف نیز محدودیت‌هایی دارد زیرا سلامتی جسمی و روانی را فقط معادل فقدان بیماری جسمی یا روانی قلمداد می‌کند (سادوک، 2003).

در پژوهشی که سازمان بهداشت جهانی در سال 2001 بر روی تعاریف سلامت روانی جسمی و اجتماعی جوامع مختلف انجام داد، اعلام کردند که به‌علت فراوانی معیارهای مختلف در گروه‌های مختلف از بیماری و سلامتی نمی‌توان به تعریفی کلی و جامع و ثابت برای انسان سالم یا جامعه سالم دست یافت (اریک باربوه^۲ و همکاران، 2001). متن بازنگری شده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (DSM-IV-TR) هیچ‌گونه تعریفی از بهنجاری یا بهزیستی روانی ارائه نمی‌کند اما اختلال روانی را تعریف می‌کند.

به نظر می‌رسد بسیاری از مفاهیم بالینی و نظری بهنجاری را می‌توان در چهار دیدگاه کارکردی قرار داد. هر چند هر دیدگاه منحصر به فرد و تعاریف و توصیف‌های خاص خود را دارد، هر چهار دیدگاه به نوعی مکمل یکدیگر و مجموعاً معرف کل رویکردهای علوم اجتماعی و رفتاری نسبت به این موضوع هستند. چهار دیدگاه بهنجاری طبق توصیف دانیل آفر^۵ و ملوین سابشین^۶ (به نقل از سادوک، 2003) عبارتند از: 1) بهنجاری به‌عنوان سلامت؛ 2) بهنجاری به‌عنوان کمال مطلوب؛ 3) بهنجاری به‌عنوان متوسط؛ و 4) بهنجاری به‌عنوان فرآیند.

¹ . The Symptom Check List-90-Revised

² . Saduk

³ . Eric BarboHe

⁴ . Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text Revision

⁵ . Daniel Offer

⁶ . Melvin Sabshin

آسیب‌شناسی روانی: در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 1994) یا DSM-IV² که نظام تشخیصی رسمی اختلالات روانی آمریکا محسوب می‌شود، در خصوص تعریف اختلال روانی گفته شده است که اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی با اهمیت بالینی است که فرد دچارش می‌شود و توأم با ناراحتی (مثلاً داشتن نشانه‌ای دردناک) یا ناتوانی (بروز اختلال در یک یا چند کارکرد مهم) و یا افزایش خطر درد، مرگ، رنج، ناتوانی و از دست‌رفتن آزادی است. در ضمن، این الگو یا سندرم نباید قابل انتظار و پاسخی فرهنگی به واقعه‌ای خاص (مثلاً مرگ یک عزیز) باشد. این الگو یا سندرم با هر علت اولیه‌ای باید تظاهر یک بدکاری رفتاری، روان‌شناختی یا زیست‌شناختی قلمداد شود. رفتارهای انحرافی (مثلاً رفتارهای دینی، سیاسی یا جنسی) و تعارض‌های فرد و جامعه اختلال روانی محسوب نمی‌شوند مگر آن که انحراف یا تعارض موردنظر نشانه‌ی نوعی بدکاری در فرد باشد. در این تعریف چند نکته مهم وجود دارد:

1) سندرم (مجموعه‌ای از رفتارهای نابهنجار) باید با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر بروز برخی مشکلات توأم باشد؛ 2) اختلال روانی معرف بدکاری در فرد است؛ و 3) تمام رفتارهای انحرافی یا تعارض‌های فرد با جامعه، علامت بیماری روانی نیستند (فیرس، 2004).

درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان / مشاوران): افراد بسیاری در رشته‌های مختلف تحصیلی به درمان مشکلات روانی می‌پردازند، و گاهی متمایز کردن آنها از یکدیگر دشوار است. روان‌شناسان که ارزیابی روان‌شناختی و خدمات مشاوره و روان‌درمانی ارائه می‌دهند، در روان‌شناسی بالینی، مشاوره‌ای، یا آموزشگاهی، آموزش پیشرفته بعد از لیسانس دیده‌اند. همه روان‌شناسان صلاحیت ارزیابی و درمان را ندارند. فقط آنهایی که در روان‌شناسی بالینی، مشاوره‌ای، یا آموزشگاهی تعلیم دیده‌اند این صلاحیت را دارند. روان‌شناسان بالینی⁴ عمدتاً با افرادی سر و کار دارند که به مشکلات روانی مبتلا هستند، روان‌شناسان مشاوره‌ای⁵ به مشکلات شغلی نیز می‌پردازند، درحالی‌که روان‌شناسان آموزشگاهی⁶ بر

¹.American Psychiatrist Association (APA)

².Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition.

³ Phycress

⁴.Clinical psychologists

⁵. Counseling psychologists

⁶.School psychologists

مشکلات تحصیلی، عمدتاً در جوانان تمرکز می‌کند. روان‌پزشکان¹، پزشکانی هستند که بعد از اتمام دانشگاه، مدرک پزشکی دریافت کرده و دوره تخصصی روان‌پزشکی را دیده‌اند. در حال حاضر، در بین فقط روان‌پزشکان (متخصصان روانی) می‌توانند دارو تجویز کنند و از سایر درمان‌های پزشکی چون شوک برقی، نور درمانی و ... استفاده کنند. البته، روان‌پزشکان معمولاً از درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده می‌کنند.

سطوح بهزیستی روانی و ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی: می‌توان ارتباط بین بهزیستی و بیماری و لذا بهزیستی روانی و بیماری روانی را به‌عنوان دو انتهای یک پیوستار در نظر گرفت، ترنت (با نقل از تودور، 1996) با ارجاع به فیزیک اقلیدسی، مشکل قراردادادن بهزیستی روانی و بیماری روانی را روی یک پیوستار واحد به‌صورت خلاصه مطرح کرده است. اهمیت این استدلال‌های فلسفی از آن جهت است که زیربنای نگرش‌های بسیاری از پزشکان و سیاست‌های اداره‌های سلامت محلی و سلامت ملی برای ارتقاء بهزیستی روانی را تشکیل می‌دهند. چنین سیاست‌هایی شامل ارتقاء بهزیستی روانی در بین بیماران روانی می‌شود. لذا قراردادادن آن‌ها بر روی یک پیوستار واحد بهزیستی روانی-بیماری روانی کار دشواری است. برطبق فیزیک اقلیدسی، در یک لحظه در دو مکان بودن، برای مثال در دو نقطه بر روی پیوستار «بهزیستی روانی - بیماری روانی» قراردادستن ناممکن است. به‌همین ترتیب، حرکت از یک نقطه در دو جهت مخالف در آن واحد نیز غیرممکن است. لذا غیرممکن است که بر روی یک پیوستار در یک زمان، هم سالم بود و هم بیمار، یا هم بهزیستی روان داشت و هم یک تشخیص بیماری روانی. وزارت سلامت و بهزیستی ملی کانادا پیشنهاد می‌کند، ارتباط بین این دو را با در نظر گرفتن آن‌ها بر روی دو پیوستار جداگانه اختلال روانی و بهزیستی روان تعریف کنیم (وزارت سلامت و بهزیستی ملی 1988؛ تودور 1996).

تعاریف عملیاتی

بهزیستی روانی: منظور از بهزیستی روانی همان چیزی است که آزمون 84 سؤالی تغییر یافته از پرسشنامه 200 سؤالی کیفیت زندگی دکتر حیدرعلی هومن آن را می‌سنجد؛

¹.Psychologists

آسیب‌شناسی روانی: منظور از آسیب‌شناسی روانی همان چیزی است که تست¹ SCL-90-R (پرسشنامه سنجش میزان و شدت علائم اختلالات روانی که شامل شکایات جسمی، وسواس-اجبار، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری است) آن را می‌سنجد؛

درمان‌گران (پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان/ مشاوران): در این پژوهش روان‌شناسان و مشاورانی موردنظر هستند که پروانه فعالیت حرفه‌ای خود را از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور گرفته‌اند؛ همچنین روان‌پزشکانی که از سازمان نظام پزشکی ایران، مجوز فعالیت درمانی دارند و عضو انجمن روان‌پزشکی ایران هستند و سایر رشته‌های پزشکی (اطفال، زنان، دندان‌پزشکی و ...) که آن‌ها نیز از نظام پزشکی ایران مجوز فعالیت درمانی دارند.

¹ . The Sympton Check List-90-Revised