

مقایسه سلامت روانی و کیفیت زندگی همسران جانباز با اختلال استرس پس از ضربه و بدون اختلال استرس پس از ضربه، بر اساس مسئولیت پذیری آنها

دانشجو : سید عبدالله محمدی

استاد راهنما : دکتر نوراله محمدی

سال اجرا : اسفند ماه 1389



اختلال استرس پس از سانحه یکی از پیامدهای شایع و جدی است که در تعداد قابل توجهی از جانبازان و رزمندگان دوران جنگ دیده می‌شود و علاوه بر محدودیت‌ها و پیامدهای فردی تأثیر مشخصی بر خانواده جانباز خواهد داشت. این آسیب‌ها با اثرگذاری بر کانون خانواده می‌تواند در کارکرد سالم این نهاد اساسی مداخله کرده و در نهایت بر سلامت روان جانبازان و خانواده‌هایشان و بویژه در امر پرورش بهینه نسل جدید تأثیر بگذارد. در این میان نقش همسران جانبازان را نباید نادیده گرفت. بسیاری از ویژگی‌ها و توانمندی‌ها در همسران قشر جانبازان می‌تواند در تخفیف فشارها، پر کردن خلأهای ناشی از محدودیت‌های همسرانشان و کمک به هرچه بهینه‌تر شدن شرایط، نقش بسیار اساسی داشته باشد.

معلولیت‌های جسمی و عوارض روحی ناشی از آن یکی از جلوه‌هایی بوده که در صحنه‌های جنگ و سال‌های بعد از آن در بازماندگان جنگ و اطرافیان آنها به شکلی گسترده شاهد آن بوده‌ایم. عوارض تجارب و آسیب‌های دوران جنگ می‌تواند در طی زمان ادامه پیدا کرده و در گستره‌های گوناگونی از زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی جانبازان اثر بگذارد. برای مثال مطالعه فلاحتی، سروش، حقانی و خاطری (1388) نشان داد، قربانیان انفجار مین عمل نکرده در پنج استان غرب ایران

در مقایسه با افراد هم سن و هم جنس و هم محل خود که به یک نحو با استرس ناشی از احتمال انفجار مین عمل نکرده مواجه بودند، از سطح کیفیت زندگی پایین‌تری هم در ابعاد جسمی و هم در ابعاد روانی برخوردار بودند، همین‌طور قربانیان مین عمل نکرده در مقایسه با سایر افراد اجتماع نیز، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند.

در سال‌های اخیر تأثیر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ بر روابط خانوادگی و کیفیت زندگی و سلامت روانی همسر و فرزندان مورد بررسی قرار گرفته است (فرشیدفر، 1385؛ احمدی، رشادت جو، کریمی و انیسی، 1388).

بروز مشکلات جسمی و روانی از عوارض جنگ است که برای افرادی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید و بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. مشکلات جسمی معمولاً منجر به نقص عضو می‌شوند. اما جراحات روانی تا مدت‌ها، حتی پس از جنگ گریبان‌گیر آسیب‌دیدگان هستند. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌شود، بلکه محیط خانواده نیز به تبعیت از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد (پرنده، سیرتی‌نیر، خاقانی‌زاده و کریمی، 1386).



نتایج پژوهش های انجام شده در ایران نیز مبین مشکلات فراوان همسران مبتلا به اختلال های روانی ناشی از جنگ می باشد. به عنوان مثال انیسی (1377) در پژوهشی در مورد همسران جانبازان مبتلا به اختلال های اعصاب و روان از نظر اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس های مرضی، حساسیت در روابط متقابل و افکار وسواسی تفاوت معنی دار با همسران جانبازان جسمی داشتند و میزان این اختلال ها در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر بود. همچنین یافته های بالینی و نتایج تحقیقات از جمله تحقیق کارول، داگلیش، فوی و دونا هو، (1985) و سولمان (1988) نشان دادند همسران نظامیان و کهنه سربازان دارای اختلال استرس پس از ضربه غالباً علائمی مشابه فرد دچار اختلال نشان می دهند.

نتایج تحقیقات نشان می دهد که مشکلات مختلفی که می تواند تأثیر منفی بر خانواده داشته باشد با اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ ارتباط دارد، مشکلاتی مانند مشکل در انسجام خانواده و بیانگری (سولمان، میکولینر، فرید و ووسنر، 1987)، مشکل در زمینه صمیمیت و جامعه پذیری (رابرت، پنک، جیرینگ و همکاران، 1982)، مشکلات در خصوص ناسازگاری با همسر، سازگاری ارتباطی، پرخاشگری فیزیکی (کارول و همکاران، 1985)، هم چنین نقص های کهنه سربازان و نظامیان دارای این اختلال در زمینه مهارت های بین فردی (نزیو، 1987) و مشکلات زناشویی (پنک، رابینوویتز، دولاند و



همکاران، 1981) از جمله این مسائل می باشند. بنابراین همانطور که از نتایج تحقیقات ارائه شده مشهود است، محدودیت های جانبازی به تنهایی استرس و فشاری بر خانواده وارد می آورد که نیازمند سازگاری و مدیریت مناسب است. خانواده به عنوان اساسی ترین واحد جامعه، بنیانگذار سلامتی فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است. در سال های اخیر تعدادی از محققان بر مشکلات خانواده های نظامیان دارای اختلال استرس پس از ضربه تأکید نموده اند و بیان کرده اند که این مشکلات حتی ممکن است از یک نسل به نسل دیگر گسترش یابد (جردن و همکاران، 1992).

یکی از مسائل بسیار مهم در ارتقا کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه توجه به کل خانواده به جای توجه به فرد است. از اینرو پژوهش بر روی سه گروه نمونه همسران جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه، همسران جانبازان بدون اختلال استرس پس از سانحه و افراد عادی و به منظور بررسی تأثیر نوع جانبازی (با اختلال استرس پس از سانحه و بدون اختلال استرس پس از سانحه) و مسئولیت پذیری همسر بر سلامت روان و کیفیت زندگی همسر انجام گرفت.

کلید واژه ها : همسران جانبازان، استرس پس از سانحه، کیفیت زندگی، سلامت روان، مسئولیت پذیری

اهداف پژوهش

- 1- بررسی تأثیر نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر سلامت روانی همسران جانبازان.
- 2- بررسی تأثیر نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر کیفیت زندگی همسران جانبازان.
- 3- بررسی تأثیر نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر شدت علائم اختلال استرس پس از ضربه در همسران جانبازان.

فرضیه های پژوهش

- 1- نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر سلامت روانی همسران جانبازان، تأثیر دارد.
- 2- نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر کیفیت زندگی همسران جانبازان، تأثیر دارد.
- 3- نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر شدت علائم اختلال استرس پس از ضربه در همسران جانبازان، تأثیر دارد.

پژوهش حاضر یک طرح پس رویدادی و علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه همسران جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه شهر شیراز و همسران آنان بودند. جامعه دیگر این پژوهش همسران افراد عادی بودند که تجربه جنگ نداشته اند.

نمونه گیری این پژوهش در سه فاز انجام گرفت که در ادامه شرح داده خواهد شد:

1: همسران جانبازان با علائم اختلال پس از ضربه:

انتخاب نمونه های این پژوهش در دو بخش صورت گرفت. بخشی از اعضای این گروه مراجعه کنندگان به کلینیک روانشناسی بنیاد جانبازان بودند که با علائم استرس پس از سانحه مراجعه کرده بودند و پس از ارزیابی و انجام مصاحبه تشخیصی در صورت تأیید اختلال، پرسشنامه به همسران آنان ارائه شد. بخش دوم اعضای این گروه را جانبازان با تشخیص استرس پس از سانحه تشکیل می‌دادند که به بیمارستان جنت مراجعه کرده بودند (سابقه بستری داشتند). این افراد با راهنمایی رئیس بیمارستان شناسایی شده و از آنان و همسرانشان برای انجام مصاحبه دعوت بعمل آمد. در این مرحله پس از ارزیابی و محرز شدن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پرسشنامه برای تکمیل به همسران ایشان





ارائه شد. با این روش اطلاعات مربوط به 50 جانباز با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه جمع آوری شد که در نهایت 2 پرسشنامه بدلیل نقص پاسخگویی از روند تحلیل اطلاعات حذف گردید.

2: جانبازان بدون تشخیص استرس پس از سانحه:

اعضای این گروه نمونه را جانبازانی تشکیل میدادند که علائم استرس پس از سانحه در آنان وجود نداشت. برای انتخاب این افراد با استفاده از اطلاعات موجود در بنیاد جانبازان از تعدادی از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت بعمل آمد. بخش دیگری از اعضای این گروه با مراجعه به کلاسهایی که برای آنان از سوی بنیاد جانبازان تشکیل شده بود شناسایی شده و مورد مصاحبه قرار گرفتند. از میان جانبازان شناسایی شده افرادی که علائم استرس پس از سانحه را نداشتند انتخاب شده و همسرانشان در تحقیق شرکت کردند. 53 نفر از این جانبازان در مطالعه شرکت کردند که 8 پرسشنامه بدلیل عدم بازگشت و یا نقص پاسخگویی از روند تحلیل حذف شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به 45 پرسشنامه وارد روند تحلیل آماری شد.

3: همسران افراد عادی

این گروه، نمونه ای به حجم 55 نفر شامل همسران افراد عادی بودند که با روش نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن شباهت در سن و جنسیت با دو گروه نمونه دیگر انتخاب شدند. داشتن سابقه اختلال روانی و یا درمان روانپزشکی، ملاک عدم شمول در این گروه بود. به همین منظور قبل از ارائه پرسشنامه برای اطمینان از اینکه اعضای این گروه تحت درمان روانپزشکی نبوده و یا سابقه اختلال روانی نداشته‌اند، یک مصاحبه مقدماتی صورت گرفت. در نهایت اطلاعات مربوط به 8 پرسشنامه بدلیل نقص پاسخگویی و یا عدم بازگشت از روند تحلیل حذف شد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه در سال 1979 توسط گلدبرگ و هیلر به منظور غربالگری اختلالات روان شناختی غیر سایکوتیک طراحی شده است. این آزمون دارای سه فرم 12، 28 و 60 سؤالی است. پاسخ های نسخه 28 سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، بصورت لیکرت چهارگزینه ای (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد) طراحی شده است. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه های سلامت عمومی وجود دارد. یکی روش سنتی است که در آن گزینه ها به صورت (1-1-0-0) نمره گذاری می شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر 28 خواهد بود. روش دیگر، نمره گذاری به شیوه لیکرت می باشد که گزینه ها به صورت (3-2-1-0) نمره گذاری می شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری در پرسشنامه مذکور برابر با 84 خواهد بود. نقطه برش این پرسشنامه در تحقیقات متعدد در کشور بین 23-21 تعیین شده است (عباسی، 1380). پالاهنگ (1375)، در بررسی اعتباریابی پرسشنامه 28 سؤالی سلامت عمومی، بر اساس نمره گذاری سنتی، نمره برش 6 و بر اساس نمره گذاری لیکرت نمره برش 22 را برای این پرسشنامه گزارش نموده اند. ضریب پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی 0/91 بوده است. یعقوبی و همکاران (1374)، در بررسی اعتباریابی پرسشنامه 28 سؤالی سلامت عمومی، نمره برش 6 را با روش سنتی و نقطه برش 23



را با روش لیکرتی گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی 0/88 محاسبه نمودند.

نوربالا، باقری یزدی و محمدی (1387) با ارزیابی دومرحله‌ای 897 فرد 15 سال به بالا، یافته‌های حاصل از پرسشنامه سلامت روان را با تشخیص روان پزشکی انجام شده بوسیله روان پزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش طبقه بندی اختلالات روانی مقایسه کردند. با روش نمره گذاری لیکرتی، نمره برش برای پرسشنامه 23 به دست آمد. با این نمره برش، میزان حساسیت پرسشنامه (نسبت تشخیص صحیح بیماران) 0/70، ویژگی آن (نسبت تشخیص درست افراد سالم از گروه بیماران)، 92/3 و میزان اشتباه طبقه بندی کلی 12/3 بوده است. با این روش نمره گذاری، کسانی که نمره 22 و کمتر به دست آورده اند به عنوان فرد سالم و کسانی که نمره 24 و بالاتر گرفته اند مشکوک به اختلال هستند. حدود 73/8 بیماری‌های مرتبط با سؤالات پرسشنامه ی سلامت روان به درستی تشخیص داده شده بودند. ضریب پایایی پرسشنامه در این تحقیق 0/85 بدست آمد. یافته های این مطالعه نشان داد، 71/4 بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی، 81/5 بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، 84/9 بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و 57/2 بیماران مبتلا به اختلالات تطابق با

استفاده از نقاط برش این پرسشنامه به درستی غربالگری و تشخیص داده شده اند. این یافته با نتایج به دست آمده توسط پالاهنگ و همکاران (1375) و یعقوبی و همکاران (1374) همخوانی دارد.

پرسشنامه کیفیت زندگی (پرسشنامه SF36)

این پرسش نامه یک ابزار مهم برای مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت است (ویر و گندک، 1998). این ابزار نسخه کاملتری از فرم 12 سؤالی و 20 سؤالی است و در سراسر دنیا در بسیاری از مطالعات مورد استفاده قرار می گیرد. فرم 36 سؤالی آن برای ارزیابی سلامت جمعیت عمومی و سیاست های مرتبط با سلامت و همچنین استفاده در تجارب و پژوهش های بالینی طراحی شد (برسترام و همکاران، 2001). همچنین برای بررسی پیامدهای درمانی بر روی سلامت عمومی افراد بکار می رود که 8 حیظه در دو جزء سلامت (جسمی و روانی) مورد بررسی قرار می دهد. این پرسشنامه 8 زیر مقیاس زیر را در بر می گیرد: محدودیت عملکرد فیزیکی به دلیل مشکلات سلامت، محدودیت در فعالیت های اجتماعی به دلیل مشکلات هیجانی و فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش های معمول به

دلیل مشکلات سلامت جسمی، درد بدنی، سلامت روانی عمومی، محدودیت در ایفای نقش های معمول بدلیل مشکلات هیجانی، سرزندگی (انرژی و خستگی) و ادراک سلامت عمومی.

علی محمدپور و یوسفی (2008) نسخه فارسی این مقیاس را اعتباریابی کردند. این محققین ابزار SF36 را بر روی یک جمعیت مازندرانی بالای 40 سال اجرا کردند. آلفای کرونباخ برای ارزیابی انسجام درونی محاسبه گردید. انسجام درونی 8 مقیاس 0/86 بدست آمد.

همبستگی معنادار مقیاس ها اعتبار سازه خوبی را نشان داد. نتایج این مطالعه نشان داد این ابزار کارایی خوبی برای ارزیابی ادراک سلامت دارد، اما نمرات 8 مقیاس این ابزار در فرم ایرانی آن می تواند در سه نمره خلاصه شود.

این پرسشنامه در ایران در چندین مطالعه استفاده گردیده است. در مطالعه ای که توسط پرنده و همکاران (1386) انجام گرفت، اعتبار و روایی آن با استفاده از روش اعتبار محتوا و روش آزمون مجدد مورد سنجش قرار گرفته است. در این مطالعه ضریب همبستگی پرسشنامه $r=0\% 82$ گزارش گردید.

مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می سی سی پی

مقیاس استرس پس از ضربه می سی سی پی دارای 39 سؤال است. مقیاس اصلی می سی سی پی مربوط به جنگ که توسط کینی ساخته شده ، 39 سؤال دارد و اعتبار و روایی آن بر اساس DSM-III بدست آمده و توسط نوریس و همکاران اصلاح شده است.(جو دیت و همکاران، 2005). در نمونه 35 سؤالی این مقیاس (با حداکثر نمره 175)، نمره برش 107 بعنوان مرز تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پیشنهاد شده است؛ هر چند امتیاز 121، با حساسیت بالاتر ولی ویژگی پایین تر، افراد دارای معیارهای اختلال استرس پس از سانحه را از افراد فاقد این معیارها بهتر تشخیص میدهد (گودرزی، 2003). این مقیاس توسط نوریس و رید معرفی و در ایران توسط گودرزی اعتبار یابی شده است. اعتبار آزمون بر اساس همبستگی درونی $r=92\%$ ، بر اساس روش دو نیمه کردن 0/92، بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته 0/91 و با آزمون همتا (سیاهه اختلال استرس پس از سانحه) 0/82 گزارش گردیده است.



4 عامل اختلال استرس پس از سانحه (خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی) در این پرسشنامه به تفکیک بیان شده است. هر سؤال حداقل 1 و حداکثر 5 نمره دارد و کل نمرات 35 تا 195 است (کوویچ و همکاران، 2002). این مقیاس در ایران توسط احمدی و همکاران (1388) مورد استفاده قرار گرفته شد.

پرسشنامه نگرش مسئولیت پذیری

این پرسشنامه توسط سالکو سکیس و همکاران (2000) ابداع شده است و شامل 26 گویه می باشد که طبق مقیاس 7 نمره ای لیکرت نمره گذاری می شود (نمره 1 برای کاملاً موافقم تا نمره 7 برای کاملاً مخالفم). این پرسشنامه نگرش های کلی، باورها و خصوصیات زمینه ساز مسئولیت پذیری و نگرانی در مورد آسیب را می سنجد. همسانی درونی آن 92/0 و ضریب پایایی به روش باز آزمایی 94/0 گزارش شده. در ایران صلواتی (1381) خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که همبستگی بین سؤال ها در نیمه اول برابر 84/0 و در نیمه دوم 85/0 میباشد. اعتبار برآورد شده برای کل آزمون برابر 76/0 و آلفای کرونباخ برابر 89/0 به دست آمده.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش برای توصیف گروه‌ها از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی از آمار توصیفی، یعنی محاسبه میانگین، انحراف معیار، فراوانی و فراوانی نسبی استفاده شده است. برای بررسی تفاوت کیفیت زندگی و سلامت روان بر اساس مسئولیت‌پذیری و نوع جانبازی روش تحلیل واریانس دو عاملی (2 × 3) مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت یافته‌های اصلی پژوهش بر اساس فرضیه‌های مطرح شده ارائه می‌شود. برای آزمون این فرضیه‌ها، داده‌های بدست آمده از 47 نفر از همسران جانبازان با علائم PTSD، 48 نفر از همسران جانبازان بدون PTSD و 47 نفر از همسران افراد غیر بیمار مورد تحلیل قرار گرفت. این سه گروه پرسشنامه‌های مسئولیت‌پذیری، سلامت عمومی، کیفیت زندگی و می‌سی‌سی‌پی را تکمیل نمودند.

میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس ها و نمره کلی سلامت روان برای سه گروه پژوهش در جدول 1 آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس ها و نمره کلی سلامت روان برای سه گروه پژوهش

افراد غیربیمار	جانبازان بدون PTSD	جانبازان با PTSD	
میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	
8 / 04 (3 / 23)	10 / 28 (4 / 18)	12 / 62 (2 / 74)	نشانه های بدنی
6 / 17 (3 / 97)	10 / 06 (5 / 90)	13 / 66 (4 / 02)	اضطراب و بیخوابی
11 / 55 (2 / 33)	12 / 44 (2 / 61)	12 / 91 (3 / 19)	کارکرد اجتماعی
1 / 55 (3 / 09)	4 / 68 (5 / 72)	7 / 58 (6 / 47)	افسردگی وخیم
27 / 31 (8 / 62)	37 / 48 (14 / 51)	46 / 79 (12 / 51)	نمره کلی

میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان بر اساس گروه پژوهش و مسئولیت پذیری در جدول 1 آورده شده است.

برای آزمون فرضیه اول که بیان می کند نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر سلامت روانی همسران جانبازان تأثیر دارد از آزمون تحلیل واریانس دوطرفه استفاده شد که نتایج آن در جدول 2 ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان بر اساس گروه پژوهش و مسئولیت پذیری

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	مسئولیت پذیری	گروه
33	7 /62	26 /1515	پایین	نرمال
14	10 /43	30 /0714	بالا	
47	8 /62	28 /11	کل	
16	11 /86	43 /50	پایین	PTSD
32	12 /68	48 /43	بالا	
48	12 /51	46 /79	کل	
21	14 /14	33 /90	پایین	بدون PTSD
24	14 /38	40 /62	بالا	
45	14 /51	37 /48	کل	



جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عاملی برای گروه پژوهش و مسئولیت پذیری بر سلامت عمومی

سطح	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	sig
گروه پژوهش	628/6525	2	814/3262	847/22	0001/0
مسئولیت پذیری	146/852	1	146/852	967/5	016/0
گروه مسئولیت پذیری	642/42	2	321/21	149/0	86/0

همانطور که در جدول 3 مشاهده می شود، اثر اصلی گروه پژوهش (دو نوع جانبازی و گروه نرمال) بر سلامت روان معنادار بود ($P < 0 / 0001$ و $F = 22 / 847$). اثر اصلی مسئولیت پذیری نیز معنادار بود ($P = 0 / 016$ و $F = 5 / 96$). با این وجود تأثیر تعاملی معناداری دیده نشد ($P = 0 / 86$ و $F = 0 / 14$).

برای مشخص کردن چگونگی معناداری تفاوت سلامت روان بین گروه ها آزمون تعقیبی شفه بکار گرفته شد که نتایج آن در جدول 4 ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای بررسی چگونگی معناداری تفاوت سلامت عمومی در جفت گروه ها

sig	خطای استاندارد میانگین	اختلاف میانگین	میانگین گروه (J)	میانگین گروه (I)	گروه (J)	گروه (I)
0001/0	45/2	-47/19	96/45	11/28	PTSD	نرمال
001/0	47/2	30/9	26/37	96/45	بدون PTSD	PTSD
0001/0	49/2	16/10	11/28	96/45	نرمال	بدون PTSD

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که تفاوت سلامت روان در هر سه جفت گروه ها معنادار بوده و نمره سلامت روان در گروه نرمال در مقایسه با سایر گروه ها کمتر می باشد که این به معنای سلامت روان بهتر در این گروه میباشد. در مقابل، گروه همسران جانبازان با علائم اختلال پس از سانحه بالاترین نمرات را در سلامت روان داشته و بنابراین کمترین سلامت روان را در مقایسه با دو گروه دیگر دارا بودند.

به منظور بررسی تأثیر نوع گروه و سطح مسئولیت پذیری بر هریک از زیر مقیاس های سلامت روان یک تحلیل واریانس دو عاملی انجام شد.

یافته اول

نخستین یافته نشان داد همسران جانبازان با علائم اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با همسران جانبازان بدون علائم استرس پس از سانحه و گروه نرمال، بطور معنادار سلامت روان کمتری داشتند. همچنین اثر مسئولیت پذیری بر سلامت روان معنادار بود. به این ترتیب که مسئولیت پذیری بالاتر بطور معناداری با سلامت روان کمتری همراه بود. اثر تعاملی این دو متغیر معنادار نبود.

نمرات سلامت روان کمتر در همسران جانبازان قابل پیش بینی بود. همانطور که نظریه سیستمی مطرح میکند زمانی که عضوی از خانواده بیمار شود و یا در ارائه نقش های معمول و هنجار خود احساس ناتوانی کند میتوان انتظار داشت که تعادل خانواده از بین برود. با این نگرش، بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضا تأثیر میگذارد (مینوچین، 1974؛ ساعتچی، 1374).

بن ارزی و همکاران، (2000) با مقایسه 20 همسر مصدومان جنگی و 20 همسر کنترل، میزان تنیدگی و رنج بیشتر در همسران مصدومان جنگی مشاهده کردند.

کالهنون و همکاران (2002) دریافتند که شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به PTSD با افزایش فشار روانی مراقبین، ارتباط دارد. فیگلی (1998) معتقد است که PTSD از طریق تلقین یا یکدلی که بین فرد آسیب دیده و سایر اعضای خانواده وجود دارد، مشخصاً سایر اعضای خانواده را نیز دچار آشفتگی میکند.

ارتباط مثبت معنادار مسئولیت پذیری با سلامت روان کمتر بویژه در همسران جانبازان جسمی و اعصاب و روان قابل پیش بینی بود. تا جایی که بررسی های محقق نشان می دهد یافته مرتبگی در این زمینه بدست نیامد. با این وجود می توان در توضیح این امر بیان کرد که با پذیرش مسئولیت بیشتر فشار و نگرانی برای مدیریت شرایط و همچنین استرس ناشی از عدم موفقیت و یا چالش ها بیشتر خواهد بود. با بر هم خوردن تعادل خانواده و بویژه نقص توانایی های مرد به عنوان پشتیبان خانواده در مورد خانواده فرد جانباز، طبیعتاً همسر جانباز خود را بیش از پیش مسئول می بیند و در این میان علاوه بر فشارهای فردی ناشی از رابطه زوجی ممکن است در بسیاری شرایط مسئولیت های مردانه را نیز تقبل کند.

مسئولیت پذیری بالای همسر می تواند موجب شود، وی بسیاری از مشکلات و فشارها را به خود اسناد دهد و فشار وارده را دو چندان کند. در تحلیل مؤلفه‌های سلامت روان مشاهده شد که مسئولیت پذیری بالا بطور معناداری با اضطراب و بی خوابی بیشتری همراه بود. همچنین اثر اصلی گروه پژوهش بر مؤلفه های اضطراب و بی خوابی، نشانه های بدنی و افسردگی وخیم معنادار بود. نتیجه پژوهش وفایی و خسروی (1388) با هدف و مقایسه سلامتی روانی همسران جانبازان و همسران افراد عادی نشان داد که همسران جانبازان در مقایسه با همسران افراد عادی از ترس مرضی، افسردگی، پارانویید، روان پریشی، شکایات جسمانی ، حساسیت فردی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری بیشتری برخوردار بودند.

بررسی فرضیه دوم:

فرض دوم پژوهش این بود که نوع جانبازی (جانبازان با اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان بدون اختلال استرس پس از ضربه) و مسئولیت پذیری همسر بر کیفیت زندگی همسران جانبازان تاثیر دارد. برای آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول 5 ارائه شده است.

جدول 5: نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عاملی برای گروه پژوهش و مسئولیت پذیری بر کیفیت زندگی

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
102/0	323/2	594/150	2	188/301	گروه پژوهش
33/0	0/932	433/60	1	433/60	مسئولیت پذیری
18/0	696/1	947/109	2	894/219	گروه x مسئولیت پذیری



همانگونه که از داده های جدول 5 مشاهده میشود، اثر اصلی گروه پژوهش و مسئولیت پذیری بر نمره کلی کیفیت زندگی معنادار نبود. اثر تعاملی این دو متغیر نیز معنادار بدست نیامد. برای بررسی اثر این دو عامل بر زیرمقیاس های کیفیت زندگی برای هر زیرمقیاس یک تحلیل واریانس دو عاملی انجام شد.

یافته دوم

یافته دوم حاکی از این است که نوع جانبازی و مسئولیت پذیری همسر تأثیر معناداری بر نمره کلی کیفیت زندگی همسران جانبازان نداشته است. این یافته بر خلاف نتایج فلاحتی و همکاران (1388)، معنادار نبودن تفاوت نمره کلی کیفیت زندگی در سه گروه پژوهش میتواند علامتی بر یک فاکتور مهم در افزایش توانایی مقاومت و سازگاری خانواده جانباز و همسر وی باشد. باورهای اعتقادی و ارزش هایی که ناتوانی ها و محدودیت های ایجاد شده در زندگی جانبازان را با معنا میسازد می تواند عاملی برای سازگاری بهتر و رضایت بیشتر از کم و کیف زندگی را همراه داشته باشد.

نتایج مطالعه پژوهش وسترنیک و گیاراتانول (1999) روی همسران سربازان استرالیایی نیز نشان داد که آنها از سطوح بالایی از اختلالات جسمی، افسردگی، اضطراب و بی خوابی در مقایسه با دیگر زنان رنج می برند.

نتایج مطالعه انیسی با این یافته همسوست. انیسی (1377) در پژوهشی گزارش کرد همسران جانبازان مبتلا به اختلال های اعصاب و روان از نظر اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس های مرضی، حساسیت در روابط متقابل و افکار وسواسی تفاوت معنی دار با همسران جانبازان جسمی داشتند و میزان این اختلال ها در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر بود.

همچنین تحلیل مؤلفه های کیفیت زندگی نشان داد مسئولیت پذیری تنها بر زیرمقیاس خستگی اثر معناداری داشت. این امر میتواند ناشی از فرسودگی ناشی از فشار مضاعفی باشد که مسئولیت پذیری بالا در کنار عوامل استرس زا به خود وارد می آورد.

بررسی فرضیه سوم:

فرض سوم پژوهش بیان می‌کند نوع جانبازی (گروه پژوهش) و مسئولیت‌پذیری همسر بر شدت علائم اختلال استرس پس از ضربه در همسران جانبازان تأثیر دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول 6 ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عاملی برای علائم استرس پس از سانحه بر اساس گروه پژوهش و مسئولیت‌پذیری

sig	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
0 /0001	10 /190	3112 /129	2	6224 /258	گروه پژوهش
0 /317	1 /007	307 /581	1	307 /581	مسئولیت‌پذیری
0 /43	0 /83	254 /284	2	508 /568	گروه × مسئولیت‌پذیری

برای بررسی چگونگی معناداری تفاوت جفت گروه‌ها در علائم استرس پس از سانحه آزمون تعقیبی شفه بکار گرفته شد. که نتایج آن در جدول 7 ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای بررسی معناداری تفاوت جفت گروه‌ها در نمره کلی علائم استرس پس از سانحه

sig	خطای استاندارد میانگین	اختلاف میانگین	گروه (J)	گروه (I)
0 /0001	3 /58	-17 /70	PTSD	نرمال
0 /11	3 /62	7 /62	بدون PTSD	PTSD
0 /024	3 /64	10 /07	نرمال	بدون PTSD

همانطور که از اطلاعات جدول 7 مشخص است، همسران جانبازان با علائم استرس پس از سانحه و بدون این علائم در مقایسه با گروه افراد غیربیمار بطور معناداری علائم استرس پس از سانحه بیشتری نشان دادند. تفاوت همسران دو گروه جانبازان در این علائم معنادار نبود.

یافته سوم نیز نشانگر این بود که هر دو گروه همسران جانبازان با و بدون علائم اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با گروه غیربیمار بطور معناداری علائم استرس پس از سانحه بیشتری داشتند. با این وجود تفاوت این علائم در همسران جانبازان با و بدون علائم استرس پس از سانحه تفاوت معناداری نداشت. یافته های بالینی و نتایج تحقیقات از جمله تحقیق کارول و همکاران (1985) و سولمان (1988) گزارش نمودند همسر نظامیان و کهنه سربازان دارای اختلال استرس پس از ضربه غالباً علائمی مشابه فرد دچار اختلال نشان میدهند. عدم معناداری این یافته می تواند تا اندازه ای متأثر از کلاس های آموزشی باشد که تعدادی از همسران جانبازان با علائم استرس پس از سانحه در آن شرکت می کردند. با این وجود برخی مطالعات بیان میکنند که بروز علائم استرس پس از سانحه در همسر جانباز علاوه بر وجود این علائم به عوامل دیگری نیز بستگی دارد. در مطالعه تورکیت و اوهاری (2007) علائم اختلال استرس پس از سانحه در همسران مردان کویتی که در جنگ شرکت کرده بودند بیشتر از آنکه با علائم استرس پس از سانحه در همسرانشان مرتبط باشد با میزان اضطراب، افسردگی و میزان مواجهه آنها با جنگ مرتبط بود.



در مطالعه آمیک مک مولان و همکاران (1991) که به بررسی استرس پس از سانحه همسران مصدومان جنگی در کرواسی پرداخت، از 56 نمونه مورد بررسی فقط 3 نفر فاقد علائم بودند و 39% از درجاتی از استرس پس از سانحه رنج می بردند و مبتلا به استرس پس از سانحه ثانویه بودند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده این پژوهش نشان داد جانبازی به تنهایی می تواند بر سلامت روان همسر اثرگذار باشد. همچنین مشاهده شد که در برخی آیتم های سلامت روان و کیفیت زندگی جانبازان با علائم استرس پس از سانحه از جانبازان بدون این علائم وضعیت بدتری داشتند. این عامل می تواند حاکی از دشوارتر شدن شرایط برای همسران جانبازان در صورت افزوده شدن عامل روانی به معلولیت جسمی باشد. به علاوه نشان داده شد مسئولیت پذیری در همسران میتواند همراه با ضعف بیشتری در برخی آیتم های سلامت روان و کیفیت زندگی باشد. از اینرو می توان نتیجه گرفت که احساس مسئول بودن در شرایطی که استرس های پذیرش دو نقش بر این همسران فشار وارد می آورد می تواند آسیب زا باشد.

منابع فارسی

- احمدی ابهری، (1379). بررسی اثرات درازمدت جنگ در وضعیت روانی اجتماعی مبتلایان به اختلال مزمن استرس پس از ضربه جنگ. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، پرتال جامع علوم انسانی، 88097.

- احمدی، خ؛ رشادت جو، م؛ کرمی، غ؛ انیسی، ج (1388). PTSD نیابی در همسران جانبازان شیمیایی سردشت. مجله علوم رفتاری، دوره 3، شماره 3.

- احمدی، خ؛ نجاتی، و (1389) بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان در استان اصفهان. مجله علمی پژوهشی طب جانباز، سال دوم، شماره هشتم.

- امیری، ا؛ سلیمی، ح؛ میرزمانی، م؛ هاشمیان، ک؛ کرمی‌نیا، ر؛ ادیب، م (1386). مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان شاغل جامعه عادی، دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، سال چهارم، شماره 22.



- انیسی، جعفر (1377)، بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیر اعصاب و روان (پایان نامه کارشناسی ارشد). تهران: دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی

- برهانی، حسین (1380). بررسی بهداشت روانی در خانواده جانبازان اعصاب و روان استان قم (پایان نامه دکتری). تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

- بوالهری، جعفر؛ دباغی، پرویز، (1388). بررسی تأثیر اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ بر سلامت روانی، رضایت از زندگی زناشویی همسر و مشکلات رفتاری فرزندان در سیستم خانواده. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال هفتم، شماره 1.

- پالاهنگ، ح؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ براهنی، محمد نقی؛ شاه محمدی، داود؛ (۱۳۷۰). بررسی همه گیر شناسی اختلال های روانی در شهر کاشان، اندیشه و رفتار ۴.

- پرنده، ا؛ حاجی امینی، ز؛ مالکی، ا (1385). تأثیر آموزش حل تعارض بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD، طب نظامی، سال 8، شماره 1.



- پور فرج عمران، م (1385). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس همجوشی فکر- عمل (TAF-R) و مقایسه آن در اختلالات وسواس فکری-عملی، افسردگی و کمبودی این دو اختلال، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز.
- خاطری، ش (1380). بررسی سیمای بالینی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مزمن در عوارض ناشی از جنگ. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، پرتال جامع علوم انسانی. 88107.
- خاقانی زاده، م؛ سیرتی نیر، م (1383). تأثیر عوامل فردی خانوادگی و اجتماعی اقتصادی در تشدید علائم روانپزشکی جانبازان اعصاب و روان، طب نظامی، سال 6، شماره 1.
- خسروی، ز (1378). نقش تأمل و اشتغال بر خودپنداره زنان ایرانی، مجموعه مقالات زن در یافته های نوین پژوهشی. تهران. دانشگاه الزهرا(س).
- دژکام محمود، امین الرعایا، آزیتا، (1382). مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهران مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع). تهران : مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده.



- ذوالفقارپور، م؛ حسینیان، س؛ یزدی، م، (1383). بررسی میان ساختار قدرت در خانواده با رضامندی زناشویی زنان کارمند و خانه‌دار شهر تهران، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، سال سوم (11).

- سادوک، ب. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. مترجمان: رفیعی حسین، سبحانیان خسرو. تهران: انتشارات ارجمند؛ 1382.

- ساعتچی، م (1374) اولین سمینار استرس و بیماری‌های روانی. گردآورنده حسین آزاد. تهران. انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

- سلیمی، ح؛ آزاد مرزآبادی، ا؛ امیری، م؛ تقوی، م (1387) ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانبازان. اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره 4.

- سیرتی نیر، م (1381). بررسی عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر در عود اختلالات روانی از دیدگاه جانبازان (طرح تحقیقاتی). تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج).

- علیپور، م. ا؛ لرستانی، ف، (1384). اختلال فشار روانی پس از سانحه. چاپ اول، انتشارات پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان .



- فاتحی زاده، م؛ احمدی، ا (1384). بررسی رابطه الگوهای ارتباطی ازدواج و میزان رضایتمندی زناشویی زوجین شاغل در دانشگاه اصفهان، فصلنامه خانواده پژوهش، سال اول (2).
- فرشیدفر، ا (1385) اثرات استرس ناشی از جنگ روی جانبازان و خانواده آنها و تأثیرات خانواده درمانی روی آنها. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، پرتال جامع علوم انسانی، 88092 .
- فلاحتی، ف؛ سروش، م؛ حقانی، ح؛ خاطری، ش، (1388). تأثیر انفجار مین و مهمات عمل نکرده بر روی کیفیت زندگی قربانیان در 5 استان غربی کشور. فصلنامه علمی پژوهش طب جانباز، سال اول، شماره 4.
- گاجل، ر (1377) زمینه روانشناسی تندرستی. ترجمه غلامرضا خوئی نژاد. مشهد. انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ اول.
- گودرزی ملایری، (1387) بررسی انطباق پذیری و پایداری در برابر استرس ها در جانبازان. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، و پرتال جامع علوم انسانی، 88101 .

- متینی صدر، م، (1371). بررسی افسردگی و تمایلات خودمشی در جانبازان قطع نخاعی بستری در منزل افراد سالم، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- مجاهد، ع؛ کلانتری، م؛ مولوی، ح؛ نشاطدوست، ح؛ بخشانی، نورمحمد؛ شکیبیا، م (1388). مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان بر اساس نوع جانبازی شوهران. مجله علوم تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، 12(4).
- منطقی، ع؛ حیرانی، پ؛ ثمری، ع؛ حیدری، ا (1389). سطح هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی مراقب در همسران جانبازان بستری در بخش روانپزشکی و ارتباط آن با میزان بستری مجدد. مجله اصول بهداشت روانی، سال 12.
- مینوچین، س (1974) خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنائی (1376). تهران، انتشارات امیرکبیر.



- ناطقیان، س؛ ملازاده، ج؛ گودرزی، م؛ رحیمی، چ (1387). بخشش و رضایت زناشویی در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و همسران آنان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دهم، بهار 87.

- وفائی، ط؛ خسروی، ص؛ معین، ل (1388). مقایسه الگوهای ارتباطی همسران جانباز با همسران افراد عادی. مجله‌ی علمی پژوهشی طب جانباز، سال دوم، شماره پنجم.

- وفایی، ب؛ صیدی، ع (1382). بررسی میزان شیوع و شدت افسردگی در 100 نفر از جانبازان 30 الی 70 درصد شیمیایی و غیرشیمیایی جنگ تحمیلی در تبریز، مجله طب نظامی، سال 5، شماره 3.

- هدایت نژاد، م (1378). اثر استرس ناشی از جنگ بر روی جانبازان و خانواده آنان و نقش مشاوره با خانواده در مقابله با این استرس. همایش مسایل روانشناختی ناشی از جنگ. تهران. دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج).

- یعقوبی، ح؛ وقار، م (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه سلامت روانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه شاهد در چهار سال متوالی ۱۳۷۶ تا 1380 (اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان، تهران).