

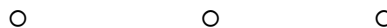
مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی

ماندانا امیری*، سعیده بردبار*، زهرا کاتب*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع در مقایسه با همسران شاغل افراد عادی صورت گرفته است. منظور از وضعیت روانی اضطراب، افسردگی، رفتارهای پرخاشگرانه، ترسهای مرضی، حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی، شکایات جسمانی و تمایلات وسواسی می‌باشد. سؤالی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته این است که آیا بین همسران جانبازان قطع نخاع با زنان شاغل جامعه عادی از نظر هر یک از مؤلفه‌های فوق تفاوت معنادار وجود دارد؟ جامعه آماری این پژوهش را همسران شاغل جانبازان قطع نخاع و همسران شاغل افراد عادی ساکن در شهر تهران در بر می‌گیرد. که تعداد ۴۵ نفر آزمودنی از بین همسران شاغل جانبازان قطع نخاعی و به شیوه همتاکردن آزمودنی‌ها، ۴۵ نفر دیگر نیز از جامعه همسران شاغل افراد عادی به عنوان نمونه انتخاب گردید. ابزار اندازه‌گیری در این تحقیق فهرست SCL-90-R به علاوه یک فرم شامل اطلاعات فردی آزمودنی‌ها بود. اطلاعات بدست آمده با شیوه آماری آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه آزمودنی بود.

کلید واژه‌ها: جنگ، آسیب قطع نخاع، بهداشت روانی.



● مقدمه

«جنگ» همواره یک موضوع جدی و مختل کننده بهداشت عمومی جامعه است از میان عوامل «تندگی‌زا»^۱ شاید هیچ کدام به این اندازه شدید و وسیع نباشد. یکی از ضایعاتی که در جنگ‌های دنیا و همچنین در جنگ هشت ساله عراق بر علیه ایران با آن مواجه بوده‌ایم ضایعات جسمی و روانی ناشی از آن بوده است. تأثیری که تغییرات فیزیکی در روابط اجتماعی، اقتصادی، روانی و خانوادگی فرد باقی می‌گذارد مسئله‌ای قابل اهمیت است و در این میان بیشترین تأثیر بر روی نزدیکان فرد آسیب دیده خصوصاً همسر و فرزندان وی می‌باشد.

تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده‌جانبازان (خصوصاً همسران) از مشکلات روانی رنج می‌برند. نتایج یکسری از تحقیقات نشان می‌دهد که همسران بازگشتگان از جنگ که مبتلا به «اختلال تندگی پس از ضربه»^۲ (PTSD) می‌باشند از مشکلات روانی مانند احساس انزوا، تنهایی، از خود بیگانگی، «حرمت خود»^۳ پائین، درماندگی، احساس گناه، افسردگی و سایر مشکلات روانی رنج می‌برند (کگلان و پارکین، ۱۹۸۷).

ماتساکیز (۱۹۸۸ به نقل از دباغی، ۱۳۷۹) پیچیدگی چندگانه همسران قربانیان جنگ و فشارهای مضاعفی که آنان در ایفای نقش‌ها متحمل می‌شوند را توصیف کرده است. زنان در انجام این نقش‌ها در چنین شرایطی مقدار زیادی درد و رنج و عصبانیت، ترس، افسردگی، اختلال در عملکرد جسمی، خصومت و پرخاشگری را در خود تجربه می‌کنند (همتی، ۱۳۷۹). جانبازان با شدیدترین تندگی‌ها روبرو بوده‌اند و گروهی از آنان علاوه بر تندگی‌های شدید مربوط به حضور در میدان‌های جنگ، تندگی ناشی از آسیب و نقص جسمانی ایجاد شده در جنگ را تا پایان عمر تحمل می‌نمایند، که خود باعث ایجاد اختلالاتی در میزان سازگاری آنها در زندگی می‌گردد. معلولیت حاصل از قطع نخاع در جانبازان جنگ یکی از این عوارض می‌باشد که در بسیاری از موارد کل خانواده را متأثر می‌سازد که این امر بر انسجام خانواده اثر سوء گذاشته و بعضی اوقات موجب بروز ابهام و تضاد در ایفای نقش‌ها در خانواده می‌گردد تا آنجاکه حتی ممکن است مرد خانه‌نشین و همسرش نان‌آور خانه شود. در کشور ما تعداد زیادی جانباز قطع نخاع وجود دارد که در طول جنگ ۸ ساله عراق علیه ایران دچار این ضایعه گردیده‌اند. ناتوانی‌هایی همچون کندی وضع حرکتی در پاها و دستها، فقدان حس در بسیاری از اندام‌ها، عدم کنترل مثانه و روده و اختلال در عملکرد جنسی در فرد قطع نخاع تغییرات خاصی را در شکل زندگی، روابط زناشویی، شغل و نقش اجتماعی وی ایجاد می‌کند و اولین محور تحمل فشار حاصل از این تغییرات همسران و فرزندان این عزیزان می‌باشند (متینی صدر، ۱۳۷۰).

در پژوهشی که تحت عنوان اثرات روانی ناشی از قطع نخاع صورت گرفت محقق اشاره می‌کند که قطع نخاع تغییرات قابل توجهی در زندگی فرد و اعضای خانواده ایجاد می‌کند و سازگاری روانی را مشکل می‌کند. بعلاوه این عارضه باعث خستگی زیاد در ایفای نقش خانواده و روابط خانوادگی می‌گردد (نورث، ۱۹۹۹).

«خانواده» به عنوان یک واحد در برگیرنده تأثیرات کل بر روی اجزاء و یا جزء بر جزء دیگر یا جزء بر روی کل می‌باشد به طوری که تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی می‌گردد. در بررسی‌های مربوط به تعاملات درون خانواده، روابط پدر و مادر با یکدیگر، روابط والدین با فرزندان و روابط فرزندان با یکدیگر مطرح می‌گردد و هر یک از این روابط به سهم خود اثرات ویژه‌ای بر شخصیت و بهداشت روانی فرد دارد. روابط درون خانواده چنانچه به نحوی باشد که منتج به اضطراب برای افراد گروه گردد امنیت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و این خود می‌تواند سر مشاء بسیاری از مشکلات روانی، رفتاری و شخصیتی برای آنها شود (فردوسی، ۱۳۷۶).

بدون شک همسر و فرزندان فرد آسیب دیده از جمله نزدیکترین اطرافیان این بیمار می‌باشند و بیشترین و گسترده‌ترین روابط را به لحاظ عاطفی و شناختی، کلامی و غیرکلامی و نیز ارتباط رویارو و دائم با فرد بیمار داشته و در صورت عدم ارضاء نیازهای عاطفی و ارتباط نامناسب در خانواده انتظار می‌رود بیشترین مشکلات و ناراحتی‌ها را همچنان که نتایج پژوهشهای مختلف نشان داده است متحمل شوند. به عنوان نمونه ماتساکیز (۱۹۸۸) به نقل از دباغی، (۱۳۷۹)، در یک نظرخواهی از ۱۰۰ نفر از مشاوران مراکز درمانی سربازان بازمانده از جنگ، شایعترین مشکلات گزارش شده توسط همسران این سربازان و نظامیان جنگ ویتنام را کنار آمدن با مشکلات، تنهایی و انزوای اجتماعی، احساس گمگشتگی، مسئولیت، استیصال و احساس از دست دادن هویت، فقدان کنترل بر زندگی و سرزنش خود بیان نمودند.

ویترنکامپ و همکارانش (۱۹۹۷) در مطالعات خود نشان دادند همسرانی که از شوهران آسیب دیده نخاعی خود مراقبت می‌کردند در مقایسه با همسرانی که مراقبت نمی‌کردند تنیدگی فیزیکی، تنیدگی هیجانی، خستگی بیش از حد، عصبانیت، تنش و خشم بیشتری داشتند. همچنین افسردگی و علائم شبه جسمی نیز در آنها بیشتر بود.

چان (۲۰۰۰)، در تحقیقی به بررسی تنیدگی و شیوه‌های مقابله در همسران افراد قطع نخاعی در هنگ کنگ پرداخت. وی این پژوهش را بر روی ۴۰ نفر از همسران افراد آسیب دیده نخاعی انجام داد تا به بررسی شیوه‌های مقابله، مسئولیت سنگین مراقبت، رضایت از زندگی و تفاهم

زناشویی در این افراد پیردازد نتایج نشان داد که تنیدگی زاترین موقعیت‌های گزارش شده به مسئله سلامت شوهران قطع نخاع، خانواده و روابط متقابل زناشویی و مسئولیت سنگین مراقبت مربوط بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها، منبع کنترل بیرونی بالا، شیوه‌های مقابله نامناسب، محدودیت حمایت اجتماعی، افسردگی بالا و عوارض روانی و اجتماعی هم برای فرد آسیب دیده و هم خانواده این فرد را نشان داد.

در تحقیق حاضر همسران شاغل گروهی از جانبازان تحت عنوان، جانبازان دارای ضایعه نخاعی حاصل از جنگ با همسران شاغل افراد عادی جهت پاسخ به پرسشهای زیر مورد مقایسه قرار گرفتند:

۱. آیا بین همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی از نظر میزان شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی، تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا بین متغیرهای سن، سطح درآمد، سابقه کار و مدت ازدواج این دو گروه آزمودنی با هریک از ۹ مقیاس فوق ارتباط وجود دارد؟

● روش

○ جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی می باشد. جامعه آماری در این پژوهش را همسران شاغل جانبازان نخاعی شهر تهران که تحت پوشش «بنیاد جانبازان» می باشند تشکیل می دهد. بر طبق آمار و پرونده‌های موجود تعداد جانبازان قطع نخاع و متأهل ساکن در شهر تهران حدود ۳۳۰ نفر بوده و از این تعداد حدود ۵۷ نفر همسران شاغل داشتند که البته امکان دسترسی به ۷ نفر از آزمودنی‌ها موجود نبود و ۵ نفر نیز حاضر به همکاری نشده‌اند لذا در نهایت حجم نمونه ما به ۴۵ نفر همسر شاغل جانباز رسید. این گروه با ۴۵ نفر از زنان شاغل جامعه عادی که به شیوه همتاسازی آزمودنی انتخاب گردید مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت. در انتخاب همتای هر آزمودنی مواردی از قبیل شغل، سطح درآمد، سن، مدت ازدواج، سابقه کار، سطح تحصیلات، مکان خدمت و شرایط کاری در نظر گرفته شد؛ در نهایت حجم نمونه در این پژوهش ۹۰ نفر می باشد. داده‌های گردآوری شده به شیوه آماری آزمون t گروه‌های مستقل مورد بررسی قرار گرفت.

○ ابزار گردآوری اطلاعات

گردآوری اطلاعات این تحقیق ۲ نوع می‌باشد: الف - اطلاعات مربوط به مشخصات فردی که جهت هم‌تاسازی آزمودنی‌ها مورد نیاز بود از قبیل: (سن، جنس، شغل، سطح درآمد، مدت ازدواج، سابقه کار، سطح تحصیلات، و سابقه بیماری اعصاب و روان) با استفاده از یک فرم دموگرافیک این اطلاعات گردآوری گردید. ب - فهرست SCL-90-R^۴ که ابزار اصلی در این پژوهش و شامل ۹۰ سؤال جهت ارزشیابی علائم روانی است. این ابزار وسیله‌ای است برای اندازه‌گیری ناراحتی‌های روانی از طریق علائم مرضی که خود بیمار آنها را گزارش می‌دهد و هم در شرایط بالینی و هم به منظور پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر گروه از این علائم نشانگر بیماری خاصی می‌باشند. مواد فهرست ۹ بعد مختلف شامل: «شکایات جسمانی»^۵، «وسواسی اجباری»^۶، «حساسیت در روابط متقابل»^۷، «افسردگی»^۸، «اضطراب»^۹، «پرخاشگری»^{۱۰}، «ترس مرضی»^{۱۱}، «افکار پارانوئیدی»^{۱۲} و «روان‌گسسته‌گرایی»^{۱۳} را در بر می‌گیرد. ضمناً دارای سه معیار کلی درباره بیماری روانی می‌باشد که شامل معیار کلی علائم مرضی می‌باشد و تخمینی از میزان کلی ناراحتی فرد را می‌دهند. پاسخگو باید برای هر سؤال یکی از ۵ جواب را انتخاب کند که عبارتند از: «هیچ»، «کمی»، «اتاحدی»، «زیاد» و «بشدت» که یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت می‌باشد. حساسیت و ویژگی و کارایی این آزمون با «اعتبار»^{۱۴} بالا و به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۹۸، ۰/۹۴ گزارش شده است. لذا این آزمون می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی در مطالعات اختلالات روانی به کار رود (باقری یزدی، ۱۳۷۳). به علاوه «روایی»^{۱۵} این پرسشنامه در پژوهشهای خارج کشور ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (همایی، ۱۳۷۹).

● نتایج

جدول ۱ توزیع آزمودنی‌ها را براساس سن، سطح تحصیلات، مدت ازدواج، سابقه کار و شغل آنها نشان می‌دهد همانطور که ملاحظه می‌کنید با توجه به اینکه نمونه‌گیری به شیوه هم‌تاسازی می‌باشد لذا توزیع افراد در دو گروه آزمودنی‌ها در هر یک از متغیرهای فوق‌الذکر کاملاً یکسان می‌باشد به عبارت دیگر در ردیف تعداد و درصد ارقام ذکر شده برای کل آزمودنی‌ها می‌باشد که بطور مساوی نیمی از آن متعلق به گروه آزمایش و نیمی دیگر متعلق به گروه کنترل می‌باشند.

جدول ۱- توزیع آزمودنی‌ها در جمعیت نمونه بر اساس سن، سطح تحصیلات، مدت ازدواج، سابقه کار و شغل آنها

درصد	تعداد	شاخصها متغیرها	
٪۶/۶	۶	۲۰-۲۹	سن
٪۵۵/۵	۵۰	۳۰-۳۹	
٪۳۱/۱	۲۸	۴۰-۴۹	
٪۶/۶	۶	۵۰-۵۹	
٪۶/۶	۶	۱-۴	مدت ازدواج
٪۱۷/۷	۱۶	۵-۹	
٪۳۹/۹	۳۶	۱۰-۱۴	
٪۲۴/۴	۲۲	۱۵-۱۹	
٪۴/۴	۴	۲۰-۲۴	
٪۶/۶	۶	۲۵-۳۰	
٪۳۱/۱۱	۲۸	۵-۹	سابقه کار (برحسب سال)
٪۴۴/۴	۴۰	۱۴-۱۰	
٪۱۱/۱	۱۰	۱۵-۱۹	
٪۴/۴	۴	۲۰-۲۴	
٪۸/۸	۸	۲۵-۳۰	
٪۴/۴	۴	زیردیپلم	سطح تحصیلات
٪۲۴/۴	۲۲	دیپلم	
٪۱۳/۳	۱۲	فوق دیپلم	
٪۴۲/۲	۳۸	کارشناسی	
٪۱۵/۵	۱۴	کارشناسی ارشد و بالاتر	
٪۶۴/۴	۵۸	فرهنگی (آموزش و پرورش)	شغل
٪۲۰	۱۸	درمانی	
٪۱۵/۵	۱۴	کارمند	

با توجه به داده‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری جهت بررسی میزان همبستگی متغیرهای سن، سطح درآمد، سابقه کار و مدت ازدواج با مقیاس‌های آزمون ملاحظه گردید که در گروه مقایسه یعنی همسران شاغل افراد عادی بین متغیرهای فوق با هیچ یک از ۱۲ مؤلفه فهرست SCL-90-R ($p < 0/05$) ارتباط معنادار مشاهده نگردید.

اما در گروه همسران شاغل جانبازان قطع نخاع پس از بررسی نتایج ملاحظه گردید که بین متغیر سطح درآمد با میزان شکایات جسمانی، متغیرهای سطح درآمد و مدت ازدواج با میزان تمایلات وسواسی، متغیرهای سن و سطح درآمد با میزان حساسیت در روابط متقابل، متغیر سطح درآمد با میزان افسردگی، متغیر سطح درآمد با میزان اضطراب، متغیر سطح درآمد با میزان ترس مرضی، متغیرهای سن، سطح درآمد، سابقه کار و مدت ازدواج با میزان افکار پارانوئیدی،

متغیر سطح درآمد با میزان روان گسسته گرایی، متغیر سطح درآمد با ضریب کلی علائم مرضی و ضریب ناراحتی و مجموع علائم مرضی ($p < 0/05$) همبستگی منفی مشاهده گردید.

جدول ۲- همبستگی متغیرهای دموگرافیک آزمودنی‌ها با متغیرهای فهرست SCL-90 در گروههای گواه و آزمایش

متغیرهای دموگرافیک	سن		سطح درآمد		سابقه کار		مدت ازدواج		
	همبستگی	سطح معناداری	همبستگی	سطح معناداری	همبستگی	سطح معناداری			
شکایات جسمانی	آزمایش	۰/۵۳	۰/۸۳	-۰/۴۵	۰/۰۰۲	۰/۰۳	۰/۸۲	۰/۰۱۵	۰/۹۲
	گواه	۰/۱۹	۰/۲	۰/۱۵	۰/۳	۰/۱۹	۰/۲	۰/۱۳	۰/۳۸
تمایلات وسواسی	آزمایش	۰/۲۴	۰/۱۱	-۰/۴۲	۰/۰۰۴	۰/۲۰	۰/۱۸	-۰/۲۹	۰/۰۵
	گواه	۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۲۸	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۵۸	۰/۰۹	۰/۵۲
حساسیت در روابط متقابل	آزمایش	-۰/۲۹	-۰/۰۴	-۰/۳۲	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۰۶	۰/۲۸	۰/۰۶
	گواه	۰/۱۵	۰/۳۲	۰/۱۴	۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۳۲	۰/۵۱	۰/۷۳
افسردگی	آزمایش	۰/۰۸	۰/۵۸	-۰/۳۹	۰/۰۰۸	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۰۳	۰/۸۲
	گواه	۰/۰۵	۰/۷۳	۰/۰۸	۰/۵۸	۰/۰۸	۰/۵۸	۰/۰۹	۰/۵۴
اضطراب	آزمایش	۰/۰۵	۰/۷۱	-۰/۵۰	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۸۸	۰/۰۵	۰/۷۱
	گواه	۰/۱۱	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۷۲	۰/۰۷	۰/۶۰	۰/۰۰۴	۰/۹۷
پرخاشگری	آزمایش	۰/۱۲	۰/۴۱	۰/۲۵	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۸۲	۰/۰۲	۰/۸۶
	گواه	۰/۱۶	۰/۲۹	۰/۱۳	۰/۳۹	۰/۰۷	۰/۶۱	۰/۰۳	۰/۸۴
توس مرضی	آزمایش	۰/۱۰	۰/۵۰	-۰/۳۳	۰/۰۲	۰/۳۸	۰/۸۰	۰/۰۰۵	۰/۹۷
	گواه	۰/۱۲	۰/۳۷	۰/۰۵	۰/۰۷۳	۰/۰۹	۰/۵۱	۰/۰۶	۰/۶۹
افکار پارانوئید	آزمایش	-۰/۳۳	۰/۰۲	-۰/۴۹	۰/۰۰۱	-۰/۲۸	۰/۰۵	-۰/۳۹	۰/۰۰۸
	گواه	۰/۰۰۹	۰/۹۵	۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۰۰۷	۰/۹۶	۰/۳۳	۰/۸۳
روان گسسته گرایی	آزمایش	۰/۱۰	۰/۵۰	-۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۱۲	۰/۴۳	۰/۲۱	۰/۱۵
	گواه	۰/۰۴	۰/۷۹	۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۰۲	۰/۸۷	۰/۰۶	۰/۶۵
ضریب کلی علائم مرضی	آزمایش	۰/۱۳	۰/۳۸	-۰/۵۶	۰/۰۰	۰/۰۵	۰/۷۲	۰/۱۷	۰/۲۵
	گواه	۰/۱۶	۰/۲۹	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۰۸	۰/۵۸	۰/۲۰	۰/۱۷
ضریب ناراحتی	آزمایش	۰/۰۹	۰/۵۴	-۰/۳۰	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۴۴	۰/۲۸	۰/۰۶
	گواه	۰/۱۵	۰/۳۰	۰/۱۳	۰/۳۷	۰/۰۶	۰/۶۵	۰/۱۰	۰/۴۹
جمع علائم مرضی	آزمایش	۰/۰۵	۰/۷۴	-۰/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۰۳	۰/۸۴	۰/۰۰	۰/۹۹
	گواه	۰/۱۴	۰/۳۳	۰/۱۶	۰/۲۹	۰/۱۲	۰/۴۱	۰/۸۰	۰/۵۹

برای مقایسه میانگین دو گروه آزمودنی یعنی همسران جانبازان قطع نخاع و همسران افراد عادی از آزمون آماری t گروههای مستقل استفاده گردید که نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون t برای مقایسه دو گروه آزمودنی

سطح معناداری	t	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	گروهها	شاخصها مؤلفه‌های فهرست
۰/۰۰۱	۷/۲۰	۸۸	۹/۵۰	۵۰/۸۲	گواه	شکایات جسمانی
			۸/۹۰	۶۴/۸۲	آزمایش	
۰/۰۰۱	۴/۴۰	۸۸	۷/۸۲	۵۱/۰۸	گواه	تمایلات وسواسی
			۹/۵۴	۵۹/۲۰	آزمایش	
۰/۰۰۱	۳/۸۳	۸۸	۸/۳۲	۵۱/۴۶	گواه	حساسیت در روابط متقابل
			۹/۰۵	۵۸/۴۸	آزمایش	
۰/۰۰۱	۶/۴۱	۸۸	۸/۷۶	۵۰/۵۵	گواه	افسردگی
			۸/۵۱	۶۲/۳۴	آزمایش	
۰/۰۰۱	۷/۰۳	۸۸	۸/۵۵	۴۷/۷۵	گواه	اضطراب
			۹/۲۹	۶۱	آزمایش	
۰/۰۰۱	۵/۴۱	۸۸	۷/۸۷	۵۱/۲۶	گواه	پرخاشگری
			۷/۰۹	۵۹/۸۲	آزمایش	
۰/۰۰۱	۳/۹۴	۸۸	۸/۲۴	۵۱/۱۷	گواه	ترس مرضی
			۸/۴۳	۵۸/۱۱	آزمایش	
۰/۰۰۱	۴/۰۶	۸۸	۸/۰۹	۵۶/۵۱	گواه	افکار پارانوئیدی
			۹/۸۳	۶۴/۲۲	آزمایش	
۰/۰۰۱	۳/۷۱	۸۸	۹/۹۰	۵۴/۴۸	گواه	روان گسسته‌گرایی
			۹/۶۱	۶۲/۱۳	آزمایش	
۰/۰۰۱	۵/۴۳	۸۸	۹/۵۶	۵۳/۵	گواه	ضریب کلی علائم مرضی
			۸/۰۶	۶۳/۶۴	آزمایش	
۰/۰۰۱	۶/۵۰	۸۸	۷/۶۹	۴۹/۴۰	گواه	ضریب ناراحتی
			۸/۲۷	۶۰/۳۵	آزمایش	
۰/۰۰۱	۴/۹۶	۸۸	۹/۴۹	۵۱/۹	گواه	مجموع علائم مرضی
			۹/۲۲	۶۱/۷۱	آزمایش	

همانطور که ملاحظه می‌گردد میانگین‌های بدست آمده از گروه همسران شاغل جانبازان قطع نخاع در همه مقیاسهای آزمون بالاتر از گروه زنان شاغل جامعه عادی می‌باشد و t بدست آمده در هر مورد نشان می‌دهد که تفاوت‌های مشاهده شده $p < ۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که میزان شکایات جسمی، تمایلات وسواسی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی افکار پارانوئیدی، روان گسسته‌گرایی، ضریب کلی علائم مرضی، ضریب ناراحتی و مجموع علائم مرضی در همسران

جانبازان قطع نخاع نسبت به زنان شاغل جامعه عادی بیشتر می‌باشد. همانطور که ملاحظه می‌گردد بیشترین تفاوت مربوط به «شکایات جسمانی» و «اضطراب» و کمترین تفاوت مربوط به مقیاس «افکار پارانوئیدی» می‌باشد.



نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی برحسب میانگین‌های معیارهای فهرست SCL-90-R

● بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف «بررسی وضعیت روانی زنان گروهی از جانبازان تحت عنوان جانبازان قطع نخاع» صورت گرفت و جهت کنترل هرچه بیشتر متغیر شغل که همواره به عنوان یک عامل مؤثر و بحث‌انگیز در وضعیت روانی افراد مطرح گردیده است گروه همسران شاغل به عنوان آزمودنی انتخاب گردید.

□ نتایج این تحقیق به طور کلی نشان داد که همسران این گروه از جانبازان از بهداشت روانی چندان مطلوبی برخوردار نمی‌باشند و در واقع سلامت روانی آنها در خطر می‌باشد. با توجه به داده‌های حاصل از جدول ۳ ملاحظه می‌گردد که بین این گروه از زنان با زنان شاغل جامعه عادی که همسر آنان جانباز نبوده و از وضعیت جسمی و روانی عادی برخوردار بودند از نظر میزان

هریک از ۱۲ مؤلفه فهرست (شکایات جسمی، تمایلات و سواسی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان گسسته گرایی، ضریب کلی علائم مرضی، ضریب ناراحتی و مجموع علائم مرضی) تفاوت معنادار مشاهده گردید. همانطور که ملاحظه می‌گردد بالاترین نمرات همسران جانبازان قطع نخاع در مؤلفه‌های شکایات جسمانی، اضطراب و افسردگی دیده می‌شود نتیجه آنکه گروه مورد مطالعه در مجموع گروهی از بیماران روانپزشکی با ارجحیت علائم افسردگی، کاهش علاقه و انگیزه، کاهش انرژی، دردهای جسمانی، تنش و اضطراب و بیقراری می‌باشند. ویتز نکامپ و همکارانش (۱۹۹۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند همسرانی که از شوهران آسیب دیده نخاعی خود مراقبت می‌کردند دارای تنش و تیدگی هیجانی بیشتری می‌باشند، همچنین خستگی بیش از حد و علائم شبه جسمی بیشتری را نشان دادند. چان (۲۰۰۰) نیز که در مطالعه خود به بررسی شیوه‌های مقابله همسران افراد آسیب دیده نخاعی در هنگ کنگ پرداخت به بررسی متغیرهای زیادی در همسران این افراد از جمله میزان افسردگی پرداخت و به این نتیجه رسید که میزان افسردگی در آنها بالا می‌باشد. نمودار ۱ نیمرخ روانی دو گروه مورد مطالعه را با یکدیگر مقایسه می‌کند. همانطور که ملاحظه می‌گردد، نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان در حد نامطلوب تری نسبت به زنان شاغل جامعه عادی می‌باشد و باید بر این نکته اذعان داشت که همسران جانبازان قطع نخاع به جهت وضعیت جسمی و روانی شوهران خود دست‌خوش تیدگی دائمی می‌باشند و چه بسا نیازمند توجهات روانپزشکی می‌باشند. مختل بودن بهداشت روانی این گروه از زنان در خانواده باعث خواهد شد که آنها در نقش‌های همسری، مادری و خانه‌داری خود و همچنین به عنوان همسر جانباز در نقش‌های حمایتی خود از جانباز دچار مشکل شوند. ضمن اینکه اعتقادات و ارزشهایی که بر اساس آن زندگی با جانباز را انتخاب کرده‌اند آسیب خواهد دید. به علاوه شاغل بودن این افراد از طرف دیگر باعث ایجاد آسیب‌هایی در اجتماع نیز خواهد گردید. بدون شک این افراد در هر نوع شغلی با مراجعین خاصی روبرو می‌باشند که عدم برخورداری از وضعیت روانی مناسب خود می‌تواند ارتباط این افراد با مراجعین را تحت‌الشعاع قرار داده و مشکلات خاصی را برای آنها و اطرافیان ایجاد کند.

□ از طرف دیگر با توجه به داده‌های جدول ۲ و با مقایسه داده‌های دو گروه ملاحظه می‌گردد که در همسران جانبازان قطع نخاع ویژگیهای دموگرافیک یعنی میزان درآمد، سابقه کار، مدت ازدواج و سن در بعضی موارد از جمله سطح درآمد با هر ۱۲ مؤلفه فهرست همبستگی نشان می‌دهند اما در گروه زنان شاغل جامعه عادی هیچ نوع ارتباطی بین این ویژگیها و مؤلفه‌های

فهرست مشاهده نگردید. این مسئله می‌تواند بیانگر این امر باشد که مشکلات اقتصادی فشار مضاعفی را به این عزیزان وارد کرده تا جایی که نسبت به گروه همتای خود آسیب پذیرتر بوده و وضعیت روانی آنها تحت تأثیر وضعیت درآمد و مشکلات اقتصادی قرار خواهد گرفت.

□ با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق و با توجه به این امر که خانواده به عنوان نخستین خاستگاه زندگی اجتماعی بشر قادر است افرادی سازگار، نیرومند و توانا را به عرصه اجتماع تحویل دهد و یا اینکه با تلاطم‌ها و عوامل آسیب‌زایی که بدانها دچار می‌شود زمینه آسیب‌پذیریهای عمده‌ای را چه به صورت فردی و چه در عرصه اجتماع پدید آورد، مسئولین، سیاستگذاران اجتماعی و به ویژه متخصصان بالینی لازم است زندگی و تعاملات خانوادگی را برای ارتقاء بهبود و پیشگیری از آسیبهای فردی و اجتماعی مد نظر قرار دهند و یقیناً خانواده‌های محترم جانبازان از این حیث در اولویت ویژه‌ای قرار دارند. لذا پیشنهاد می‌شود با حمایت‌های اجتماعی صحیح به عنوان یک عامل مداخله‌گر در کاهش تنیدگی این عزیزان آنها را یاری کرده و امر پیشگیری را بر درمان مقدم شمارند.

□ مشاوره ازدواج با دخترانی که قصد ازدواج با این عزیزان را دارند همچنین مشاوره خانواده پس از ازدواج نیز در این خانواده‌ها به نظر لازم و ضروری می‌رسد، چراکه شناخت کامل از وضعیت جانباز قطع نخاعی در مورد نوع عارضه، وضعیت و توان بچه‌دار شدن، چگونگی برخورد و حفظ روحیه در ارتباط با مشکلات جسمانی وی، آگاهی از تأثیر عارضه بر روحیه و اخلاق جانباز از یک طرف و از طرف دیگر برای جانباز شناخت کامل از خواسته‌ها و عواطف و درک ایثارگری زنی که آمادگی ازدواج (با توجه به شرایط جسمانی) او را پیدا کرده است تأثیر مهمی در بهبود روابط خانوادگی خواهد داشت. از طرفی عدم شناخت مسائل فوق هم برای جانباز و هم برای همسر وی، بی‌تردید عدم موفقیت و ناکامی و بهداشت روانی نامطلوبی را، همانطور که پژوهش نشان داده، برای همسران این عزیزان به دنبال خواهد داشت.



یادداشتها

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1- Stressor | 2- Post-Traumatic Stress Disorder |
| 3- Self-esteem | 4- Symptom Checklist-90-R revised |
| 5- Somatization | 6- Obsessive-compulsive |
| 7- Interpersonal sensitivity | 8- Depression |

- | | |
|----------------|--------------------|
| 9- Anxiety | 10- Hostility |
| 11- Phobia | 12- Paranoid ideas |
| 13- Psychotism | 14- Reliability |
| 15- Validity | |

منابع

- باقری یزدی، سیدعباس؛ بولهری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی. *مجله اندیشه و رفتار*، شماره ۱، ص ۴۱-۴۳.
- دباغی، پرویز (۱۳۷۹). بررسی تأثیر اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) ناشی از جنگ بر سلامت روانی، رضایت زندگی زناشویی همسر و مشکلات رفتاری فرزندان در سیستم خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
- فردوسی، سیما (۱۳۷۶). نقش تعاملات درون خانواده در بهداشت روانی. خلاصه مقالات همایش نقش و جایگاه فرهنگ و هنر در بهداشت روانی. تهران اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- متینی صدر، محمد رضا (۱۳۷۰). بررسی افسردگی و تمایلات خودکشی در جانبازان بستری در آسایشگاه‌های تهران و مقایسه آن با جانبازان قطع نخاع بستری در منزل و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی.
- همایی، رضوان (۱۳۷۹). بررسی رابطه فشارزهای روانی دختران مرکز پیش‌دانشگاهی اهواز با سلامت روانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- همتی، محمد علی (۱۳۷۹). مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی - روانی ناشی از جنگ. تهران: انتشارات گلباران.
- Coghlan, K.; & Parkin, C. (1987). Women partner of Vietnam veterans. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25-27.
- Chan, R.C. (2000). Stress and coping in spouses of persons with spinal cord injuries. *Clin Rehabil*, 14(2), 37-44.
- Holicky, R.; & Chailifue, S. (1999). Aging with spinal cord injury: The impact of spousal support. *Disabil Rehabil*, 21(5-6).
- North, N. T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: A review. *Spinal Cord*, 37(10), 67-71.
- Weitzenkamp D. A.; Gerhart, K. A.; Charlifue, S. W.; Whiteneck, G. C.; & Savic, G. (1997). Spouses of spinal cord injury survivors: The added impact of caregiving. *Arch. Phys. Med. Rehabil* 78(8), 822-7.