

مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان شاغل جامعه عادی

نویسندگان: ماندانا امیری^۱، دکتر سید حسین سلیمی^۲، دکتر سید محمود میرزمانی^۳، دکتر کیانوش
هاشمیان^۴، دکتر رضا کرمی نیا^۴ و مصطفی ادیب^۱

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)
۲. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات آمادگی جسمانی و طب ورزشی
۳. استاد دانشگاه الزهرا (س)
۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان متأهل و شاغل جامعه عادی است. تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بوده که آیا بین همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان متأهل شاغل جامعه عادی در مقیاس‌های آزمون MMPI تفاوت معناداری وجود دارد؟ ابراز به کار گرفته شده در این تحقیق شامل آزمون MMPI و برگه اطلاعات فردی بود. جامعه آماری، شامل همسران شاغل جانبازان قطع نخاع و همسران شاغل افراد عادی در شهر تهران بود. تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه ۴۵ نفر بود که از نظر مشخصات دموگرافیک همگن بودند. اطلاعات به دست آمده با شیوه آماری آزمون «تی» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه آزمودنی در ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی بود. بر این اساس مشخص شد که گروه همسران جانباز در مقایسه با همسران شاغل جامعه عادی به طور معنادار دارای وضعیت روانی نامناسب هستند و از مشکلات افسردگی، خود بیمار انگاری، هیستری و هیجانی بیش‌تری رنج می‌برند.

واژه‌های کلیدی: نیمرخ روانی، فشار روانی، آزمون MMPI، جانباز

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال چهاردهم - دوره جدید

شماره ۲۲

اردیبهشت ۱۳۸۶

مقدمه

فشار روانی و مشکلات مزمن جسمی، پیامدهای روانی- اجتماعی را در سطوح و ابعاد مختلف زندگی به دنبال دارد. جنگ‌ها و کشمکش‌های نظامی به دلیل مشکلات و نواقص جسمانی و فشارهای روانی- اجتماعی ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا برای افراد و ملت‌ها محسوب می‌شوند. ضایعه نخاعی در مجروحین

جنگ به دلیل ایجاد مشکلات جسمانی شدید و مستمر و به دنبال آن، محدودیت‌ها و فشارهای روانی اجتماعی فراوان برای فرد مبتلا و نیز همسر وی، پیامدهای متعددی به همراه دارد [۱]. در این مقاله به ابعاد روانی- اجتماعی زنانی اشاره می‌شود که برای سال‌های متمادی از مجروحین ضایعه نخاعی ناشی از جنگ به عنوان همسر مراقبت و پرستاری کرده، تلاش دارند زندگی

خود را با جامعه سازگار کنند و به علاوه در رشد و ترقی وضعیت سلامتی- اجتماعی خانواده، به ویژه همسر جانباز خود بکوشند.

تأثیر عضو بیمار در بهداشت روانی اعضای خانواده

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی یا روانی از اختلال‌های رفتاری، شناختی و جسمانی شدید و طولانی مدت رنج می‌برند. در چنین وضعیتی کنش‌های روانی- اجتماعی بیماران، از جمله مراقبت از خود، روابط بین فردی و حفظ شغل به شدت دچار دگرگونی می‌شوند و به این خاطر برای سازگاری و زندگی موفقیت‌آمیز در اجتماع نیاز به کمک و مراقبت‌های دائمی دارند. افزون بر آن، نه تنها بیمار، بلکه نظام خانواده در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار گرفته، الگوی تعامل معمولی بین افراد خانواده مختل می‌شود و وظایف و نقش‌های جدیدی برای اعضای خانواده مطرح می‌گردد. خانواده‌های این بیماران به دلیل تحمل استرس‌های طاقت فرسا و نیز نقش‌های جدید دچار احساسات و افکاری همچون احساس گناه (guilty feeling)، ترس و نگرانی، تنفر و ابراز خشم، اندوه و ناامیدی می‌گردند [۲]. زمانی که عضوی از خانواده بیمار شود و یا در ارائه نقش‌های معمول و هنجار خود در خانواده احساس ناتوانی کند می‌توان انتظار داشت که تعادل و هموستازی (homeostatis) خانواده از بین برود [۳].

دیدگاه‌های سیستمی و خانواده درمانی در تعیین آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تأکید دارند که خانواده به عنوان واحد تعاملی از اعضای خود تأثیر می‌پذیرد. با این نگرش، بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضا تأثیر می‌گذارد [۴، ۵ و ۶]. به علاوه، عواملی نظیر انواع و شدت بیماری، سختی و سهولت درمان و شیوه پاسخ افراد خانواده به بیماری، تأثیرات درخور توجهی بر یکدیگر دارند و می‌توانند به عنوان مشخص کننده اصلی فشار روانی در خانواده مورد توجه قرار گیرند [۶]. شواهد متعددی بر این حقیقت تأکید

دارند که فشار روانی ناشی از تغییرات زندگی و رویدادهای تنش زا می‌تواند موجب بیماری و مشکلات در اعضای خانواده شود [۷]. کوکرین [۸] و بنی جمالی و احدی [۹] دریافتند که بین فشارهای زندگی و مشکلات روانی در اعضای خانواده همبستگی معناداری وجود دارد. بنا بر این می‌توان گفت که همسران افراد قطع نخاع به دلیل فشارهای دائم روانی، ناشی از مراقبت از همسر، تغییر نقش اعضای خانواده، و شرایط خاص زندگی، آسیب پذیری بیش‌تر داشته، در معرض ابتلا به مشکلات روانی- اجتماعی هستند.

معلولیت، قطع نخاع و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از آن

معلول کسی است که سلامت جسمانی یا روانی او به طور موقت یا دائم صدمه دیده و توانایی انجام امور شخصی و روزمره و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی خود را از دست داده است و در نتیجه قادر نیست بدون استفاده از وسایل کمکی و یا مراقبت و حمایت‌های خاص به زندگی عادی خود ادامه دهد [۱۰]. ضایعه نخاعی از جمله معلولیت‌هایی است که ارگان‌ها و سیستم‌های مختلف فرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زندگی بیمار مبتلا به ضایعه نخاعی دستخوش تغییرات عمیق می‌شود و وابستگی به ویلچر برای نقل مکان، فقدان کنش در اندام‌ها و ارگان‌های متعدد، بی اختیاری ادرار و مدفوع، ناتوانی جنسی، عدم باروری، عدم انطباق محیط اجتماعی با معلولیت و شرایط جسمانی، و برخورد‌های نسنجیده اطرافیان هر کدام مشکلاتی را بر بیمار تحمیل می‌کند [۱۱]. تحقیقات نشان می‌دهند که در تبیین پیامدهای روان‌شناختی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی باید به نقش تفاوت‌های فردی، شیوه‌های واکنش به استرس، سبک اسنادی، روابط اجتماعی، نگرش و جهان بینی فرد، اعتقادات و ایمان مذهبی در تسهیل سازگاری مجدد توجه داشت. به علاوه در ارتباط با آسیب دیدگان نخاعی ناشی از جنگ عراق علیه ایران

نباید اعتقادات مذهبی را در رویارویی با فشار نادیده گرفت [۱۲].

در مطالعه الیوت و همکاران او [۱۳] در مورد نحوه و میزان سازگاری افراد مبتلا به ضایعه نخاعی مشاهده شد که منابع و توانمندی‌های روانی و جسمانی فرد در سازگاری با محیط، پس از ضایعه، نقش مهمی ایفا می‌کنند. حوادث تروماتیک زندگی مانند جنگ، شخصیت وحدت یافته فرد را به طور منظم و مجموعه‌ای تحت تأثیر قرار داده، سطوح درهم بافته کنش‌های روان‌شناختی انسان را مورد حمله قرار می‌دهند. بنابر این مشکلات شدید جسمی، نظیر محدودیت‌های حسی و حرکتی، تنها مشکل افراد ضایعه نخاعی نیست، بلکه پیامدهای روان‌شناختی ناشی از ضایعه که به دنبال تغییر الگوی زندگی آن‌ها ایجاد می‌شود از خود ضایعه نگران‌کننده‌تر است [۱۲].

تأثیرپذیری زنان از همسر مبتلا به ضایعه نخاعی

آثار روانی مستقیم عوارض فوق، علاوه بر فرد، متوجه بستگان درجه یک معلول قطع نخاع، به ویژه همسر و فرزندان او است. زنان به ویژه زنان شاغل، علاوه بر رویارویی با استرس‌های کاری مشابه با مردان، با فشارهای مضاعفی چون تبعیض، تفکرات کلیشه‌ای، انزوای اجتماعی و تعارض نقش‌های خانوادگی- شغلی روبه‌رو هستند. بار اضافی نقش موجب می‌شود که زندگی اجتماعی زنان و روابط آنان با اقوام و دوستان با محدودیت‌ها و تغییرات عمده همراه شود. در واقع، چنین زنانی در انتخاب دوستان و نحوه روابط و فعالیت‌های اجتماعی تحت فشار روانی مضاعف قرار می‌گیرند [۱۴]. بر این اساس، بهداشت روانی زنان با توجه به مسئولیت‌های خطیر آنان در مراقبت و پرورش فرزندان و خانواده و کنترل بر محیط استرس‌زا حائز اهمیت است [۱۵، ۱۶]. دباغی [۱۷] یاد آور می‌شود که همسران افراد مبتلا به ضایعه نخاعی به دلیل تحمل فشارهای بیش از حد محیط و عدم ارضای نیازهای

روانی- عاطفی و روابط نامناسب در خانواده از مشکلات بیش‌تری رنج می‌برند. ویتزنکامپ و همکاران او [۱۸] و چان [۱۹] در بررسی مشکلات زنانی که دارای همسر مبتلا به ضایعه نخاعی بودند نتیجه‌گیری کردند که این زنان استرس‌های متعدد، خستگی، عصبانیت، عدم رضایت زناشویی، شیوه‌های مقابله‌ای نامناسب، افسردگی و محدودیت‌های اجتماعی را متحمل می‌شدند. به طور مشابه، همتی در مرور تحقیقات قبلی [۲۰] دریافت که همسران نظامیان جنگ ویتنام، مشکلات متعددی از جمله تنهایی، احساس گم‌گشتگی، انزوای اجتماعی، فقدان کنترل، سرزنش خود و احساس عدم هویت دارند. نورث [۲۱] و لافام و رندلو [۲۲] در مطالعه آسیب‌های ناشی از قطع نخاع دریافتند که تغییرات قابل توجه در زندگی، عدم سازگاری، خستگی و آشفتگی در اعضای خانواده به وضوح مشاهده می‌شود. در مجموع به نظر می‌رسد که همسران جانبازان قطع نخاع به دلیل تحمل استرس‌های متعدد، مستعد آسیب‌های روانی- اجتماعی و جسمانی بسیار هستند.

هدف اصلی تحقیق حاضر، مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی است. سؤال اصلی این تحقیق عبارت است از: آیا نیمرخ روانی همسران شاغل جانباز قطع نخاعی با نیمرخ روانی همسران شاغل افراد عادی تفاوت دارد یا خیر؟

روش

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۱۰ جانباز قطع نخاعی ساکن در شهر تهران بود که از میان آن‌ها تعداد ۵۷ نفر دارای همسر شاغل بودند. از این تعداد دسترسی به ۷ نفر به دلیل نداشتن آدرس مشخص ممکن نشد. به علاوه ۵ نفر از آنان نیز حاضر به همکاری نشدند و لذا تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایشی به ۴۵ نفر کاهش یافت. حجم نمونه گروه کنترل با تعداد مساوی گروه آزمایشی

از بین جامعه عادی زنان شاغل (که همسر آنان جانباز نبود) انتخاب شدند.

این دو گروه از نظر سن، شغل، درآمد، مدت ازدواج، سابقه کار، سطح تحصیلات و سابقه بیماری اعصاب و روان هم‌تاسازی شدند.

نتایج آزمون «تی» نشان داد که بین ویژگی‌های دموگرافیک دو گروه مشابهت وجود دارد و تفاوت موجود بین آن‌ها معنادار نیست. همچنین هیچ‌یک از آزمودنی‌ها سابقه بیماری اعصاب و روان نداشت. ابتدا اهداف تحقیق برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آنان، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد تا پرسشنامه MMPI را تکمیل کنند. پرسشنامه MMPI شامل ۷۱ سؤال جهت ارزیابی وضعیت روانی افراد است.

پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا (MMPI) از مهم‌ترین و معتبرترین پرسشنامه‌هایی است که در حال حاضر به خاطر ویژگی‌های بالینی و فنی آن کاربرد فراوان دارد. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط هته‌وی و مک‌کین لی در دانشگاه مینه‌سوتا ارائه گردید [۲۳، ۲۴ و ۲۵].

فرم کوتاه این آزمون شامل ۷۱ سؤال است که توسط کینکانن در سال ۱۹۶۸ تحت عنوان مینی مالت تهیه و منتشر گردید.

ویژگی‌های آماری این آزمون توسط محققین ایرانی [۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹] در تحقیقات متعدد برای جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است.

فرم کوتاه دارای ۳ میزان روایی دروغ‌یاب (L)، نابسامندی یا مقیاس احساس بد (F)، و مقیاس اصلاح (K) و ۸ میزان بالینی است. میزان‌های بالینی شامل خود بیمار انگاری (HS)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف اجتماعی - روانی (Pd)، پارانوایا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنیا (SC)، و هیپومانیا (Ma) هستند. مطالعات انجام شده در مورد MMPI بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ نشان داد که همه مقیاس‌های MMPI کاملاً پایا هستند و

دامنه تغییر ضرایب پایایی آن‌ها از ۰/۷۱ (مقیاس Ma) تا ۰/۸۴ (مقیاس Pt) است [۲۵].

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های گردآوری شده در این پژوهش با استفاده از آزمون آماری «تی» گروه‌های مستقل مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند.

نتایج

با توجه به داده‌های به دست آمده از مشخصات فردی آزمودنی‌ها، ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها به شرح زیر است:

میانگین سنی آزمودنی‌ها در دو گروه برابر با ۳۶/۷۷ سال ($SD=7/28$) است. حداقل سن آزمودنی‌ها ۲۰ سال و حداکثر آن ۵۴ سال بود. بیش‌تر آزمودنی‌ها (۵۵/۵٪) در دامنه سنی ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند. از نظر سابقه ازدواج، میانگین مدت ازدواج آن‌ها برابر با ۱۲/۵۹ سال ($SD=5/87$) بود. دامنه مدت ازدواج بین ۳ تا ۳۰ سال بود. ۴۰ درصد آزمودنی‌ها مدت ازدواج برابر با ۱۴-۱۰ سال و میانگین سابقه کار آن‌ها ۱۲/۹۴ سال ($SD=6/28$) بود. حداقل سابقه کار افراد ۵ سال و حداکثر ۳۰ سال است و ۴۴/۴٪ آن‌ها دارای سابقه کار ۱۴-۱۰ سال بودند.

از نظر سطح تحصیلات، حداقل تحصیلات افراد زیر دیپلم و حداکثر تحصیلات دکتری بود. حدود ۴۳ درصد آزمودنی‌ها در مقطع تحصیلی لیسانس قرار داشتند. از نظر شغلی، آزمودنی‌ها به گروه فرهنگی، درمانی، و کارمند تقسیم شدند. اکثر آزمودنی‌ها (۶۴/۴٪) دارای شغل فرهنگی بودند. هیچ‌یک از آزمودنی‌ها دارای سابقه بیماری اعصاب و روان نبود.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها را در ویژگی‌های سن، درآمد و طول مدت ازدواج در دو گروه نشان می‌دهد. آزمون «تی» عدم تفاوت معنادار بین دو گروه را مورد تأیید قرار داد.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن، درآمد و طول ازدواج در گروه‌ها

گروه	ویژگی‌ها	سن		درآمد		طول ازدواج	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
همسران جانباز		۳۷/۶	۵/۸	۹۲۳۷۸	۳۶۶۱۴/۹	۱۲/۴۷	۵/۸
همسران عادی		۳۵/۹	۸/۵	۱۰۹۱۵۵	۱۰۴۷۹۰	۱۲/۷۱	۶/۰

جدول ۲ مقایسه دو گروه آزمودنی در سه مقیاس روایی K, F, L

مقیاس‌های روایی	همسران جانبازان				همسران افراد عادی			
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
L	۴۵	۲/۷۸	۴/۴	۴۵	۱/۲۸۶	۲/۳	۰/۶	۰/۵۰
F	۴۵	۲/۷۸	۲/۱۰	۴۵	۲/۱۳	۲/۵	۰/۷۳	۰/۱۸
K	۴۵	۷/۳۶	۲/۶	۴۵	۸/۶۷	۲/۵	۲/۴	۰/۰۲

دو گروه آزمودنی در سه مقیاس روایی، شامل دروغ‌سنج (L) و نابسامندی یا احساس بد (F) و اصلاح (K) و هشت مقیاس بالینی خود بیمار انگاری، افسردگی، هیستری، انحراف اجتماعی- روانی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا و هیپومانی آزمون MMPI با استفاده از آزمون آماری «تی» گروه‌های مستقل مورد ارزیابی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ ملاحظه می‌گردد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در دو مقیاس روایی L و F میانگین گروه همسران جانبازان از گروه افراد عادی بالاتر است، اما این تفاوت میانگین معنادار نیست. در مقیاس K میانگین همسران افراد عادی از میانگین همسران جانبازان بالاتر بوده و این تفاوت در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار است و نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمودنی از نظر میزان صحت و صداقت در پاسخگویی به سوالات و میزان افکار غیرمتعارف تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما از نظر میزان ارائه تصویر مطلوب از خود و انکار مشکلات، همسران افراد عادی بیش‌تر از همسران جانبازان به این کار مبادرت می‌ورزند.

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد بین دو گروه آزمودنی از نظر میزان هر یک از اختلالات خود بیمار انگاری، افسردگی، هیستری، ضعف روانی، اسکیزوفرنیا و هیپومانی در سطح $\alpha < ۰/۰۵$ تفاوت معنادار وجود دارد و از آن‌جا که میانگین همسران جانبازان قطع نخاع در این شش مقیاس بالاتر از همسران افراد عادی است می‌توان نتیجه گرفت که میزان این شش اختلال بالینی در همسران جانبازان به طرز معنادار بالاتر از همسران افراد عادی است. همچنین در دو مقیاس انحراف اجتماعی- روانی و پارانویا بین دو گروه آزمودنی تفاوت معنادار ملاحظه نگردید؛ بدین معنا که میزان این دو اختلال در دو گروه همسران جانبازان و همسران افراد عادی یکسان است.

بحث

مقیاس‌های روایی (L, F, K)

همسران افراد عادی در مقایسه با همسران جانبازان در مقیاس L نمره پایین‌تری کسب کرده‌اند (۲/۷۸ < ۲/۲۷)؛ اما این تفاوت معنادار نیست. به طور کلی

با توجه به نمره متوسط این مقیاس در هر دو گروه می‌توان گفت که دو گروه تا حدی تمایل دارند که به موضوعات بی‌پرده پاسخ دهند، محترم، امیدوار و متکی به خود هستند و تمایل دارند از موضوعات و محیط عیبجویی کنند و تا حدی بدگمانی داشته باشند. به علاوه تا حدی در روابط اجتماعی دارای مشکل هستند و تحمل بی‌نظمی دیگران را ندارند. در مقیاس F هر دو گروه، نمره پایینی کسب کردند، بدین معنا که تمایل دارند تا حدودی تصویر خوب از خود نشان دهند و رسوم و آداب اجتماعی را رعایت کنند. همچنین با توجه به پایین تر بودن نمره F از نمره معیار شده ۵۰ در نیمرخ روانی ($F < 50$) می‌توان گفت که هر دو گروه، آرام، راستگو و دارای علایق محدود هستند. در مقیاس K نیز هر دو گروه نمره بالا کسب کرده‌اند و تفاوت معنادار بین دو گروه مورد تأیید قرار گرفته است. بر این اساس رفتار تدافعی، منع کننده، توانمندی در تحمل مشکلات بدون بصیرت به آن‌ها را می‌توان برای آزمودنی‌ها به ویژه در گروه عادی در نظر گرفت.

نمره نسبتاً زیاد در مقیاس K می‌تواند مشکلات در روابط اجتماعی، فقدان توانمندی در نظم و کنترل زندگی و تمایل به کسب اطمینان و تأیید اجتماعی را در هر دو گروه مطرح سازد. به علاوه، چون نمره معیار شده K برای هر دو گروه بین ۵۰ تا ۶۵ قرار دارد می‌توان گفت که حل مشکلات و درمان‌های اثر بخش روان‌شناختی برای آزمودنی‌ها مؤثر و مفید خواهد بود و پیش آگهی مثبت وجود دارد. نیمرخ روانی ۷ شکل در هر دو گروه نشان‌دهنده تمایل آزمودنی‌ها به بهتر نشان دادن خود از آنچه وجود دارد است. به علاوه به نظر می‌رسد که نیمرخ روانی به دست آمده مشابه نیمرخ کارکنان و افرادی است که به شدت اخلاقی هستند و تمایل دارند نقاط ضعف خود را انکار کنند [۲۳، ۲۴ و ۲۵].

نیمرخ روانی

نتایج به دست آمده از نیمرخ روانی آزمودنی‌های دو گروه به شرح زیر است [۲۳، ۲۴ و ۲۵].

جدول ۳ مقایسه دو گروه آزمودنی در هشت مقیاس بالینی آزمون MMPI.

گروه‌ها		همسران جانباز				همسران عادی	
شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t
مقیاس‌های بالینی	سطح معناداری						
خودبیمار انگاری (Hs)	۴۵	۵/۵	۱/۶	۴۵	۳/۸۲	۲/۰	۴/۶۰
افسردگی (D)	۴۵	۷/۷	۳/۶	۴۵	۶/۲۲	۲/۳	۲/۴۲
هیستری (Hy)	۴۵	۱۱/۹	۲/۶	۴۵	۱۰/۶۷	۲/۲	۲/۴۳
انحراف اجتماعی روانی (Pd)	۴۵	۸/۹	۱۲/۲	۴۵	۶/۶۰	۲/۲	۱/۲۶
پارانویا (Pa)	۴۵	۴/۶	۱/۹	۴۵	۴/۳۵	۲/۳	۰/۲۴
ضعف روانی (Pd)	۴۵	۷/۱	۳/۲	۴۵	۵/۶۷	۳/۲	۲/۲۳
اسکیزوفرنیا (Sc)	۴۵	۷/۴	۳/۴	۴۵	۵/۷۳	۴/۰	۲/۲۳
هیپومانیا (Ma)	۴۵	۴/۳	۱/۷	۴۵	۳/۸۵	۱/۹	۲/۰۰

۱. مقیاس Hs (هیپوکندری یا خود بیمار انگاری): در این مقیاس آزمودنی‌های گروه عادی در مقایسه با آزمودنی‌های گروه جانبازان، نمره پایین‌تری کسب کرده‌اند و تفاوت بین دو گروه معنادار است. بر این اساس می‌توان گفت که در گروه عادی، احساس مسئولیت و قدرت سازگاری با محیط در مقایسه با گروه همسران جانباز بیش‌تر است. در مقابل، گروه همسران جانباز میانگین نمره Hs بالاتری کسب کرده است و این میانگین نشان می‌دهد که همسران جانباز بیش‌تر تمایل دارند تا درگیری‌های عاطفی خود را در قالب مشکلات جسمانی آشکار کنند و تا حدودی لجبازی و خود خواهی داشته باشند. محققان دیگر [۱۸ و ۱۹] نیز در تحقیق خود اشاره کرده‌اند که همسران افراد مبتلا به ضایعه نخاعی دارای شیوه‌های مقابله نامناسب هستند. این احتمال نیز وجود دارد که همسران جانباز نگرش نسبی بدبینانه داشته باشند. به طور کلی آنان افرادی نیازمند و متقاضی بنظر می‌رسند و دارای مشکلات طویل‌المدت و مزمن هستند. دباغی [۱۷] یادآور می‌شود که همسران جانبازان قطع نخاع از مشکلات بیش‌تری رنج می‌برند. به علاوه با توجه به بالا بودن نسبی نمرات آزمودنی‌های گروه عادی در مقیاس Hs و Hy نسبت به مقیاس D به نظر می‌رسد این افراد نیز به طور نسبی تمایل دارند مشکلات و درگیری‌های عاطفی خود را در قالب بدنی و جسمانی سازی ظاهر سازند و در این مسیر تلاش دارند تا خود را عادی جلوه دهند. با وجود این، هر دو گروه در سازگاری و انطباق با محیط توانمندی نسبی خوبی داشته، برای درمان‌های روان‌شناختی آمادگی مناسب دارند. هر دو گروه به طور نسبی تمایل دارند تا در تعامل با دیگران قواعد و چارچوب روابط اجتماعی را مراعات کنند. احتمال تغییر و دگرگونی شخصیت در هر دو گروه، به ویژه گروه همسران جانباز کم است. همچنین هر دو گروه تمایل دارند تا پرخاشگری خود را به طور غیرمستقیم ابراز کنند و این موضوع در گروه

همسران جانباز به مراتب بیش‌تر مورد تأکید قرار گرفته است.

۲. مقیاس D (افسردگی): میانگین نمره D در هر دو گروه نسبتاً پایین است و این کاهش در گروه همسران عادی بیش‌تر است. تفاوت معنادار بین دو گروه نیز در آزمون «تی» نشان داد که همسران گروه عادی، زمینه تحریک‌پذیری بیش‌تری در مقایسه با گروه همسران جانباز دارند. در مقابل، به نظر می‌رسد گروه همسران جانباز به دلیل سازگاری و پذیرش نسبی مشکلات همسران خود، آستانه تحریک‌پذیری بالاتر دارند. به علاوه میزان خوش‌بین بودن و امیدواری به آینده در گروه همسران عادی از گروه همسران جانباز بیش‌تر است. در مجموع به نظر می‌رسد آزمودنی‌های هر دو گروه، به ویژه گروه همسران جانباز، تا حدی افسرده هستند. لافام و رند لونیز در مطالعه‌ای سبب‌های ناشی از قطع نخاع به خستگی و آشفتگی اعضای خانواده اشاره کردند. همچنین چان [۱۹] افسردگی را یکی از علائم زنانه که دارای همسر مبتلا به ضایعه نخاعی بودند می‌داند. شاید یکی از دلایل افسردگی در آزمودنی‌ها، با ویژگی‌های فرهنگی و مشکلات اجتماعی و اقتصادی جامعه مرتبط باشد؛ همان‌گونه که در دیدگاه‌های سیستمی، تعامل اعضای خانواده و تأثیرپذیری آن‌ها به عنوان محور اصلی مشکلات مطرح می‌شود [۴، ۵، ۶]. می‌توان گفت که زنان شاغل به دلیل فعالیت‌های مضاعف در خانه و نیز مسئولیت‌های شغلی، فشارها و استرس‌های متنابهی را تحمل کرده، در طولانی مدت، خستگی و افسردگی را برای آنان می‌توان پیش‌بینی کرد. خسروی [۱۴] و هدایت‌نژاد [۲]، نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیده بودند که زنان، به ویژه زنان شاغل علاوه بر رویارویی با استرس‌های کاری مشابه با مردان، با فشارهای مضاعفی روبه‌رو هستند که می‌تواند منجر به خستگی و فشار روانی مضاعف بر آن‌ها گردد. به علاوه همان‌گونه که بیرکید [۳] بیان کرده احساس

ناتوانی و عدم تعادل و همسوسازی خانواده در بروز چنین مشکلاتی تأثیر گذار است.

۳. مقیاس Hy (هیستری): میانگین نمره هر دو گروه در مقیاس Hy تقریباً در حد متوسط است. با وجود این، تفاوت بین دو گروه معنادار است و گروه همسران جانباز، میانگین نمره بیش‌تری کسب کردند. بر این اساس، گروه همسران جانباز در فعالیت‌های اجتماعی در مقایسه با گروه همسران عادی مشارکت و فعالیت بیش‌تری نشان می‌دهند. شاید دلیل مشارکت بیش‌تر همسران جانباز در جامعه، ناشی از مشکلات و محدودیت‌های جسمانی و روانی شوهرانشان باشد و همین ویژگی موجب می‌شود که همسران جانبازان با فعالیت و مشارکت اجتماعی بیش‌تر تلاش کنند تا نقص و کمبود فعالیت‌های خانواده و زوج را کاهش دهند.

۴. مقیاس pd (انحراف اجتماعی- روانی): در مقیاس pd میانگین نمره همسران جانبازان از گروه همسران عادی بالاتر است، ولی این تفاوت معنادار نیست. بر این اساس می‌توان گفت که تمایلات غیر اجتماعی پرخاشگری، در مواردی سرکشی و تمرد در همسران هر دو گروه قابل انتظار است. ویتزنکامپ و همکاران او [۱۸] نیز در تحقیق خود علایمی همچون عصبانیت و محدودیت‌های اجتماعی را در گروه همسران جانبازان ملاحظه کردند.

۵. مقیاس Pa (پارانویا): با توجه به میانگین نمرات در هر دو گروه در مقیاس Pa می‌توان گفت که آزمودنی‌ها تمایل به رفتار طفره‌آمیز و تدافعی دارند. به علاوه به نظر می‌رسد که این عده، افرادی تودار، رازدار و تا حدودی منزوی هستند. با توجه به نمره معیار شده در هر دو گروه که کم‌تر از ۵۰ است ($p < 0.05$)، رفتار همراه با لجاجت و سوءظن در این عده قابل انتظار است.

۶. مقیاس pt (ضعف روانی): میانگین نمره در مقیاس pt در گروه همسران جانباز به طور معنادار از گروه همسران عادی بیش‌تر است. با توجه به نمره نسبتاً بالای این گروه می‌توان پیش‌بینی کرد که این افراد دچار

احساس نسبی نا امنی و اضطراب هستند و در تصمیم‌گیری‌ها مشکل دارند. هارمر و همکارانش [۱۴] و دباغی [۱۷] در تحقیقات خود اشاره کرده‌اند که همسران جانبازان قطع نخاع به دلیل فشارهای بیش از حد محیط و روابط نامناسب در خانواده از مشکلات بیش‌تری رنج می‌برند و در روابط خود تحت فشار روانی مضاعف هستند.

۷. Ma Sc (اسکیزو فرنیا و هیپومانیا): نمره پایین هر دو گروه در مقیاس Ma و Sc نشانگر این ویژگی است که آزمودنی‌ها از درگیری‌های عاطفی اجتناب می‌کنند و حساس هستند. این ویژگی‌ها به مراتب و به طور معنادار برای گروه همسران عادی بیش‌تر قابل انتظار است. همچنین تمایل به رفتارهای رعایت مقررات و بیش از حد کنترل‌کننده خود در گروه همسران عادی بیش‌تر از گروه همسران جانباز مشاهده می‌شود.

با توجه به شیب نیمرخ از چپ به راست در هر دو گروه می‌توان گفت که مشکلات روان‌شناختی آزمودنی‌ها در چارچوب مشکلات اضطرابی قابل بحث و بررسی است و تمایلات و گرایش سایکوتیک در آزمودنی‌ها دیده نمی‌شود. در این چارچوب، آزمودنی‌ها لجوج، پرخاشگر و شکاک بوده، در عین حال تمایل دارند در چارچوب مقررات اجتماعی و آداب و رسوم جامعه رفتار خود را در کنترل داشته باشند و از درگیری‌های عاطفی و بحرانی اجتناب کنند. با توجه به برجستگی نمرات آزمودنی‌های هر دو گروه در مقیاس‌های Pd, Hy, Hs می‌توان انتظار داشت شکایات جسمانی مثل سردرد، سرگیجه و اختلال خواب در افراد مشاهده شود و احتمال رفتارهای جسمانی‌سازی در آن‌ها زیاد باشد. در این عده، مکانیزم‌های دفاعی انکار، دلیل تراشی و فرافکنی متداول است. همچنین نیاز به توجه و محبت و همدردی در آزمودنی‌ها به شدت وجود دارد. علاوه بر این، مشکلات خانوادگی، توأم با بدبینی و انکار مشکلات روان‌شناختی در هر دو گروه قابل انتظار است. به طور کلی تحقیق حاضر نشان داد که در همسران داوطلبین جنگ به دلیل

آن‌ها قابل انتظار است. این ویژگی‌ها در تحقیقات قبلی نیز مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳ و ۲۵].

تحمل استرس‌های متنوع و مستمر، زمینه بروز مشکلات روانی افزایش می‌یابد و احساس‌های منفی همچون تنهایی، سرزنش، انزوای اجتماعی، پرخاشگری برای

منابع

۱. آزاد، حسین (۱۳۷۴) خلاصه اولین سمینار استرس بیماری‌های روانی - تهران، انتشارات علامه طباطبائی.
۲. هدایت نژاد، محمود (۱۳۷۸) 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 بقیه‌الله (عج).
3. Birekheed, L.M.; (1989) *Psychiatric Mental Health Nursing: The Therapeutic Use Of Self*. NewYork: J.D. Lippincott Company.
۴. مینوچین، سالوادور (۱۹۷۴) خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنائی. (۱۳۷۶). تهران انتشارات امیر کبیر.
۵. استریت، ادی. (۱۹۹۱) مشاوره خانواده. ترجمه مصطفی تبریزی و علی علوی نیا. (۱۳۷۱). تهران. انتشارات دانا.
۶. ساعتچی، محمود (۱۳۷۴) اولین سمینار استرس و بیماری‌های روانی. گردآورنده حسین آزاد. تهران. انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
۷. گاجل، رابرت و همکاران (۱۳۷۷) زمینه روان‌شناسی تندرستی. ترجمه غلامرضا خوئی‌نژاد. مشهد. انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ اول.
۸. کوکرین، ریموند (۱۹۹۱) مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی. ترجمه بهمن بخاریان و فرید براتی سده. (۱۳۷۶). تهران. انتشارات رشد، چاپ اول.
۹. بنی جمالی، شکوه السادات و احدی، حسن (۱۳۷۳) بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی. تهران. انتشارات نشرنی، چاپ سوم.
۱۰. بیان‌زاده، سید اکبر (۱۳۷۴) عوارض روانی - اجتماعی ناشی از معلولیت‌های جسمی و توانبخشی آن. اولین کنگره سراسری بازآموزی درمان جراحات‌های ناشی از جنگ. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی.
۱۱. نور بالا، محمد حسین (۱۳۷۴) ماثانه نوروزنیک، روش‌های تشخیصی، عوارض و شیوه‌های درمان آن. اولین کنگره سراسری بازآموزی درمان جراحات‌های ناشی از جنگ تحمیلی. تهران. بنیاد جانبازان، معاونت بهداشت و درمان.
۱۲. ابراهیمی، امراه (۱۳۷۶) مطالعه جنبه‌های روان‌شناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی.
13. Elliot, T.R; Gold shall, F; Herrick, S.; wittiy, T.; and Spruel, M.; (1999) Problem-Solving appraisal and psychological adjustment following spinal cording, *Cognitive Therapy and Reserch*, 5, 387- 393.
۱۴. خسروی، زهره (۱۳۷۸) نقش تامل و اشتغال بر خود پنداره زنان ایرانی مجموعه مقالات زن در یافته‌های نوین پژوهشی. تهران. دانشگاه الزهراء(س).
15. Beatty, C.A.; (1996) The stress of managerial and professional women: is the price too high? *Jornal of organizational Behavior*, 17(3), 233 – 251
۱۶. شیخی، محمد تقی (۱۳۷۸) بررسی موقعیت اجتماعی-فرهنگی زنان طی دهه آخر قرن بیستم. مجموعه مقالات همایش زن در یافته‌های نوین پژوهشی. تهران. انتشارات دانشگاه الزهراء(س).
۱۷. دیباغی، 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. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی.
18. Weitzenkamp DA.; Gerhart KA.; Charlifue SW.; Whiteneck GC.; Savic G.; (1997) Spouses of spinal cord injury survivors: the added impact of caregiving. *Arch. Phys. Medical Rehabilitation*, 78 (8): 822 – 827.
19. Chan RC.; (2000) Stress and Coping In Spouses Of Persons With Spinal Cord Injuries. *Clin. Rehabilitation*, 14(2): 137- 44.
۲۰. همتی، محمدعلی (۱۳۷۹) مقایسه نیمرخ روانی همسران جانب‌مبتلا به PTSD با همسران جانب‌باز غیرمبتلا به PTSD با استفاده از پرسشنامه SCL-R-90. مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی، روانی ناشی از جنگ تحمیلی، تهران، انتشارات گلپان، چاپ اول.
21. North NT.; (1999) The psychological effects of spinal cord injury: A review. *Spinal Cord* 10: 671-679.
22. Lapham- Randlovn. (1999) How the family copes with spinal cord injury: A personal perspective. *Rehabil Nurs*. 19(2): 20-23
23. Nurse, R. Rodney (1999) *Family assessment*. John Wiley & Sons, Canada.

۲۴. جان گراهام (ترجمه حمید یعقوبی، و موسی کافی، (۱۳۷۹) راهنمای MMPI-2، ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات ارجمند.
۲۵. داک ورث، جی. سی. و آندرسون، پی. (۱۳۷۸) راهنمای تفسیر MMPI و MMPI-2 برای مشاوران و متخصصان بالینی. ترجمه حسن شریفی پاشا و محمدرضا نیکخوا انتشارات سخن، تهران.
۲۶. اخوت، ولی الله و جلیلی، احمد (۱۳۶۱) ویژگی های روانی نمونه ای از رزمندگان جبهه جنوب جنگ ایران و عراق. مجله نظام پزشکی، سال هشتم، شماره ۴: ۲۱۴-۲۰۷.
۲۷. گودرزوندچگینی، سیاوش (۱۳۶۱) پژوهش در ارزش تشخیصی میزان افسردگی فرم فارسی مینی مالت و پرسشنامه افسردگی بک. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
۲۸. مومن زاده، سیروس (۱۳۶۸) بررسی و مقایسه تشخیص کلینکی اختلال استرس پس از ضربه با میزان های تست MMPI. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی.
۲۹. اخوت، ولی الله (۱۳۵۲) پژوهشی در ارزش تشخیصی پرسشنامه شخصیت چند جنبه ای مینه سوتا. مجله تازه های روان پزشکی، سال سوم.