

Epidemiology of Depression, Anxiety and Stress Symptoms in Veterans' Wives

Seyyed Talebi S.M.* *MSc*, Rafieepour A.¹ *PhD*

*Clinical Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

¹Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Abstract

Aims: To the parents and adolescents, the adolescence period is full of stressful situations. The children of the veterans undergoing mental pressures due their veteran fathers' emotional avoidance continuously during all their mental

Materials & Methods: In the controlled pretest-posttest experimental study, 30 female high-school students of the veterans' families in Isfahan were studied in the academic year 2015-16. The subjects, selected via cluster random

Findings: At the posttest stage, the mean scores of the groups were significantly different including the relationship components (dialogue), paternal engagement, and anger ($p < 0.05$). Nevertheless, the groups were not significantly different in the positive emotion component ($p > 0.05$). Then,

Conclusion: The positive-thinking skills trainings can improve the paternal engagement, dialogue, and anger in the female students of the veterans' families. Such trainings can also enhance their mental health quality.

Keywords

Spouse [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68018454>];
Demography [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003710>];
Epidemiology [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68004813>];
Depression [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003863>];
Anxiety [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001007>];
Stress [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68013315>]

*Corresponding Author

Tel: +98 (21) 44112829

Fax: +98 (21) 88965618

Post Address: Islamic Azad University, South Tehran Branch, Sazman Ab Street, Daemi Street, Fatemi, Tehran, Iran.

Postal Code; 1415616661

smstalebi64@gmail.com

Received: February 6, 2017

Accepted: March 14, 2017

ePublished: July 27, 2017

همه گیرشناسی نشانگان افسردگی، اضطراب و تنیدگی در همسران جانبازان

سیده مریم سید طالبی * MSc

گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

امین رفیعی پور PhD

گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

اهداف: از عوارض مهم هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی برای افرادی است که به طور مستقیم در جنگ حاضر بوده اند. بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که مراقبت از این جانبازان، به شدت سلامت و کیفیت زندگی همسرانشان را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. هدف این تحقیق، مطالعه همه گیرشناسی علائم و نشانگان عاطفی اختلال های افسردگی، اضطراب و تنیدگی در همسران جانبازان بالای ۲۵٪ و بررسی نقش مولفه های جمعیت شناختی به عنوان پیش بین این اختلال ها بود.

ابزار و روش ها: در این تحقیق توصیفی پیمایشی در سال ۱۳۹۵، تعداد ۳۷۷ نفر از همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناختی بنیاد شهید و امور ایثارگران این شهر، به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای دومرحله ای انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسش نامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) بود. آنالیز داده ها با نرم افزار SPSS 21 و توسط آزمون های

T مستقل، تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی شفه انجام شد. یافته ها: ۷۱٪ نمونه ها حایز نشانگان عاطفی اختلال ها از مرحله ضعیف تا بسیار شدید بودند. تفاوت میانگین نمرات همسران جانباز بر حسب متغیرهای گروه سنی، سلامت جسمی، فعالیت تفریحی و مالکیت مسکونی در هر سه خرده مقیاس، بر حسب متغیر وضعیت تحصیلی و تعداد فرزندان در خرده مقیاس اضطراب و بر حسب متغیر وضعیت اشتغال در خرده مقیاس های افسردگی و اضطراب معنی دار بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: ۷۱٪ همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران حایز برخی علائم و نشانگان عاطفی اختلال های افسردگی، اضطراب و تنیدگی هستند. همچنین ویژگی های جمعیت شناختی بر میزان اختلال های افسردگی، اضطراب و تنیدگی همسران جانباز تاثیر دارند.

کلیدواژه ها: همسران، جمعیت شناختی، همه گیرشناسی، افسردگی، اضطراب، تنیدگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۴

* نویسنده مسئول: smstalebi64@gmail.com

مقدمه

خانواده نهادی است که به اعضای خود احساس امنیت و آرامش می بخشد. تحقیقات زیادی با هدف بررسی تاثیر عضوی از خانواده بر اعضای دیگر خانواده انجام گرفته که نشان می دهند کاهش سطح سلامت جسمی و روانی مردان می تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همسران آنان را نیز تحت تاثیر قرار دهد [1-3].

از عوارض مهم هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی برای افرادی است که به طور مستقیم در جنگ حاضر بوده اند. پیامد استرس های ناشی از جنگ، آسیب های روانی بالا در بین سربازان است، به گونه ای که طبق پژوهش های انجام شده تقریباً ۶۰٪ سربازان بازگشته از جنگ اول خلیج فارس دارای دو یا چند اختلال روانی بوده اند. معمولاً جراحات روانی تا مدت ها پس از جنگ گریبانگیر آسیب دیدگان جنگ بوده و به عنوان یک عامل فشارزای مهم در زندگی آنان، فعالیت های روانی آنها را مختل می سازد [4,5].

اما اثرات جنگ تا اعماق خانواده ها و جامعه نیز نفوذ می کند، به طوری که خانواده مجروحان، کشته شده ها و اسرا، قربانیان فراموش شده جنگ محسوب می شوند. با توجه به آسیب های قابل توجهی که به جانبازان وارد می شود، نیاز به مراقبت از آنها توسط اعضای خانواده به خصوص همسرانشان افزایش می یابد. بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که مراقبت از این عضو بیمار خانواده به شدت سلامت و کیفیت زندگی همسرانشان را تحت تاثیر قرار می دهد. در همسران جانباز زمینه های وسیعی از آسیب های مزمن و حاد همچون اختلالات خلقی و اضطرابی، کاهش میل جنسی و بدکارکردی جنسی، پرخاشگری و علائم سایکوتیک، تنیدگی فیزیکی و هیجانی، اضطراب و افسردگی، انزوای اجتماعی و جدایی از اجتماع، تنهایی، از خود بیگانگی، عزت نفس پایین، درماندگی، خستگی بیش از حد، احساس گناه، احساس حقارت، سازمان نایافتگی خانوادگی، فردی و اجتماعی، اختلال در روابط بین فردی و رفتار انطباقی، علائم شبه جسمی و جسمانی سازی، تبدیلی و غیره مشاهده شده است [6-11].

ایران سال های زیادی درگیر جنگ بوده و در حال حاضر و با توجه به شرایط خاص زندگی خانواده های جانبازان، ضروری است که وضعیت آنها از ابعاد مختلف به ویژه از لحاظ مشکلات روانی مورد بررسی قرار گیرد [12]. همسر جانباز در نقش مراقب از شخص جانباز به طور مستقیم تحت تاثیر تنیدگی هایی قرار می گیرد که سلامت وجودی او و خانواده اش را تهدید می کند، چرا که او به عنوان پناه و ملجایی در مقابل عوامل تنیدگی زای خارجی عمل می کند و در واقع پل ارتباطی خانواده با سیستم های اجتماعی است [13]. مجموع این تجربیات می تواند به عنوان یک منبع تنیدگی عمل نموده و آنان را دچار تنش درونی و مشکلات روانی نماید. این اختلالات می توانند بر شیوه ارتباط، نگرش، کیفیت انجام شغل و انجام وظیفه مادری و همسری آنها تاثیر منفی داشته باشند [14]. بنابراین همسران جانبازان از نظر بهداشت روانی می توانند در شمار گروه های در معرض خطر جامعه به حساب آیند.

با سپری شدن سال های متعددی از پایان جنگ تحمیلی، تغییر هرم سنی این گروه رخ داده است. این شرایط جدید که با بالا رفتن سن و تجربه شرایط میانسالی در این گروه از افراد جامعه همراه است، الزامات و شرایط خاص خود را به همراه دارد که ضرورت توجه به نیازهای روان شناختی آنها را دوچندان می کند [15]. در سال های اخیر و بر مبنای مشاهدات تجربی و کارهای بالینی ثبت شده در مراکز چهارگانه مشاوره و خدمات روان شناختی بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران می توان گفت که مراجعه همسران جانباز به مراکز روان شناسی و مشاوره بیشتر شده که اغلب آنها با شکایاتی از قبیل افسردگی، احساس تنهایی، اضطراب، احساس رهاشدگی و تنیدگی همراه است که ضرورت بازنگری در خدمات ارائه شده به این افراد را گوشزد می کند [16].

در مطالعه ای که روی ۵۰ نفر از همسران جانبازان و ۵۰ نفر از همسران افراد غیرجانباز به عنوان گروه کنترل انجام شد، معلوم شد که میانگین میزان افسردگی در همسران جانبازان به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل است. در این مطالعه پژوهشگران نتیجه گرفتند که ضایعه جانبازی تاثیر مستقیمی بر افسردگی همسرانشان دارد و اعضای خانواده يك جانباز، به ویژه همسر او که با عوامل فشارزای ویژه ای مواجه بوده و همزمان مجبور به ایفای نقش های مختلفی است، دارای سطوح بالاتری از مشکلات رفتاری خواهند بود [17].

جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران تعیین شد^[22]. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دومرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که در مرحله اول، از هر مرکز یک منطقه انتخاب شد. سپس با در نظر گرفتن نسبت جمعیتی همسران جانباز هر منطقه نسبت به حجم جامعه آماری، تعداد نمونه‌هایی که باید از هر یک از مناطق انتخاب شوند مشخص شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده در هر مرکز انتخاب شدند و سپس برای تکمیل پرسش‌نامه‌های تحقیق اقدام شد^[23]. مناطق انتخاب شده از چهار مرکز و حجم نمونه‌های هر طبقه به شرح ذیل بود:

- الف- نمونه انتخابی مرکز مشاوره جنوب غرب تهران: مناطق (۱۶ تا ۱۹) با حجم نمونه ۱۰۴ نفر (۲۸٪ حجم نمونه)
 ب- نمونه انتخابی مرکز مشاوره جنوب شرق تهران: مناطق (۱۲ و ۱۳) با حجم نمونه ۹۱ نفر (۲۴٪ حجم نمونه)
 پ- نمونه انتخابی مرکز مشاوره شمال غرب تهران: مناطق (۵ و ۲۲) با حجم نمونه ۱۲۱ نفر (۳۲٪ حجم نمونه)
 ت- نمونه انتخابی مرکز مشاوره شمال شرق تهران: منطقه (۱) با حجم نمونه ۶۱ نفر (۱۶٪ حجم نمونه)

به دلیل ماهیت توصیفی تحقیق و نیز تعداد نسبتاً زیاد جامعه آماری و نمونه‌ها از روش پرسش‌نامه‌ای برای سنجش نشانگان افسردگی، اضطراب و تنیدگی استفاده شد. در منابع معتبر برای هر کدام از این اختلال‌های روانی، پرسش‌نامه‌های معتبر و پرکاربردی ارائه شده است؛ مثلاً برای سنجش اضطراب، "آزمون اضطراب بک (BAI)"^[24]، برای سنجش افسردگی "آزمون افسردگی بک (BDI-II)"^[25] و برای سنجش تنیدگی "چک‌لیست نشانه‌های بیماری-۹۰ سئوالی-تجدید نظر شده (SCL-90-R)"^[26] توصیه شده است. این آزمون‌ها اختصاصی هستند و دقت بالاتری دارند، اما در این تحقیق هدف شناسایی نشانگان این سه مقیاس با هم و در مدت زمان کوتاه بود. به همین دلیل "مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS)" انتخاب شد. این آزمون یک آزمون استاندارد جهانی است که می‌تواند نتایج دقیق و معتبری را ارائه نماید^[27]. فرم اولیه این پرسش‌نامه خودگزارشی شامل ۴۲ پرسش بود که به وسیله *لووی‌بند* و *لووی‌بند* در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی و تشخیص و غربالگری نشانه‌های آنها طراحی شد. *لووی‌بند* و *لووی‌بند* به منظور ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، آن را روی یک نمونه غیربالیینی ۲۹۱۴ نفری در استرالیا اجرا کردند. پایایی این مقیاس توسط آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱ برای افسردگی، ۰/۸۴ برای اضطراب و ۰/۸۴ برای تنیدگی به دست آمد که در حد قابل قبولی بود. این اعداد با آنچه در جمعیت بالینی به دست آمده بود، هماهنگی داشت^[28].

در سال‌های اخیر به علت ضعف‌های موجود در برخی آیت‌های DASS-42، محققان سعی در به وجود آوردن مقیاسی کردند که عاری از این مشکلات بوده و همچنین مختصرتر از فرم قبلی باشد. در نتیجه این مطالعات، فرم کوتاه‌تری از DASS به وجود آمد که میرا از مشکلات فوق است، به طوری که آزمون ۲۱ گویه‌ای DASS-21 را به وجود آوردند که دارای سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی بوده و برای هر مقیاس ۷ پرسش وجود دارد^[29]. همچنین بسیاری از پژوهش‌ها، مزیت مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی را نسبت به مقیاس‌های دیگر از جمله آزمون اضطراب و آزمون افسردگی بک در نمونه‌های بالینی به اثبات رسانده‌اند^[30]. در ایران مطالعات مختلفی برای سنجش اعتبار و پایایی نسخه فارسی DASS-21 در جمعیت ایرانی انجام شده است. در دو

محققان نشان دادند که ۲۸/۹٪ همسران جانبازان براساس آزمون بک دارای افسردگی شدید و عمیق بودند. قابل توجه آنکه آزمون وضعیت سلامت روان (GHQ) در حدود ۸۶/۷٪ همسران جانبازان را مشکوک به عدم سلامت روانی نشان داد. در مجموع این پژوهش ۷/۶٪ همسران جانبازان را سالم و ۹۲/۴٪ را مشکوک به عدم سلامت روانی معرفی کرد. آزمون بک نیز ۳/۷٪ را سالم و ۹۶/۳٪ آنها را دچار درجات مختلف افسردگی (از مرزی تا عمیق) نشان داد^[18].

تحقیقات دیگری در زمینه خانواده‌های جانبازان نشان داد که در ۹۰٪ همسران دارای افسردگی، افسردگی و اضطراب با یکدیگر همراه هستند. بر مبنای یافته‌های همین مطالعه ۸۸/۹٪ همسران در زمینه علایم جسمانی، ۸۰٪ در زمینه اضطراب، ۵۴/۴٪ در زمینه روابط بین‌فردی و ۶۰٪ در زمینه علایم افسردگی مشکوک بودند^[19]. مقایسه سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان با همسران بیماران اعصاب و روان نشان داد که ۷۲٪ همسران جانبازان اعصاب و روان دارای نشانه‌های جسمانی و ۸۷/۵٪ آنها دچار اختلال اضطراب هستند و ۴۳/۸٪ اختلال عملکرد اجتماعی و ۶۸/۸٪ اختلال افسردگی دارند. این اختلالات در گروه همسران دیگر بیماران اعصاب و روان کمتر بود^[20].

در حوزه تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی نیز بررسی اختلال روانی در همسران معلولان جنگی آمریکایی نشان داد که بیشترین میزان همه‌گیری اختلالات، مربوط به افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی بود. بررسی ارتباط علایم با متغیرهای دیگر نشان داد که زمان معلول شدن شوهر، تعداد فرزندان و سن شوهر باعث تفاوت معنی‌داری نمی‌شدند. همچنین میزان بالاتر علایم با تحصیلات پایین‌تر و درصد معلولیت بالاتر مرتبط بود^[21].

پیشگیری از تداوم و تعمیق اختلالات روانی در همسران جانبازان و رفع نیازها و مشکلات روانی در قالب انجام خدمات مددکاری و مشاوره‌ای مستلزم این است که میزان متغیرهای مورد مطالعه در آنان بررسی و زمینه‌های مناسب برای بهبود و ارتقای محیط و شرایط زندگی آنان فراهم شود. بررسی این متغیرها می‌تواند به نوعی آگاهی و اطلاع همسران جانباز از خویشتن و توجه آنان به وضعیت سلامت روانی خویش و همچنین آگاهی‌دادن به مسئولان و متولیان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران را افزایش دهد تا چاره‌ای برای کنترل و مقابله با این فشارها بیابند.

هدف این تحقیق، مطالعه همه‌گیرشناسی علایم و نشانگان عاطفی اختلال‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی در همسران جانباز (جانبازان مرد) بالای ۲۵٪ شهر تهران و بررسی نقش مولفه‌های جمعیت‌شناختی به عنوان پیش‌بین این اختلال‌ها بود.

ابزار و روش‌ها

این تحقیق توصیفی پیمایشی در سال ۱۳۹۵ در بین تمام همسران جانباز شهر تهران با میزان مجروحیت موثر در عملکرد فردی و اجتماعی آنان (بالای ۲۵٪) انجام شد که به استناد اطلاعات بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران حجم جامعه آماری مورد بررسی برابر با ۲۲۹۲۹ نفر بود. خدمات روان‌شناختی به همسران جانباز شهر تهران در چهار مرکز انجام می‌گیرد که هر یک از این مراکز محل مراجعه همسران جانباز ساکن در مناطق خاص شهرداری تهران (مناطق ۲۲ گانه) است. به دلیل عدم دسترسی به وارپانس جامعه آمار یا درصد خطا و مشخص بودن حجم جامعه آماری، حجم نمونه آماری تحقیق به استناد جدول مورگان، ۳۷۷ نفر از میان همسران

وضعیت سلامت جسمی و پرداختن به فعالیت‌های تفریحی در نمرات اکتسابی آزمودنی‌ها در سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی و آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (آنووا) برای بررسی تاثیر وضعیت سنی، وضعیت تحصیلی، تعداد فرزندان و مالکیت محل سکونت بر سه خرده‌مقیاس مذکور انجام گرفت. همچنین به دنبال معنی‌دار شدن نتایج آزمون تحلیل واریانس، از آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه دوه‌دوی گروه‌ها با یکدیگر استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۳۷۷ نفر به تمام پرسش‌نامه‌های پژوهش، پاسخ کامل و دقیق دادند. این افراد دارای میانگین سنی $48/5 \pm 4/5$ در دامنه ۲۹ تا ۷۷ سال بودند.

به‌طور کلی، میانگین نمرات همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران در خرده‌مقیاس افسردگی $10/1 \pm 4/65$ ، در خرده‌مقیاس اضطراب $9/1 \pm 4/57$ و در خرده‌مقیاس تنیدگی $9/92 \pm 4/90$ به‌دست آمد.

۷۶٪ نمونه‌ها حایز نشانگان عاطفی این اختلال‌ها از مرحله ضعیف تا بسیار شدید بودند که حدود ۳۸٪ نمرات بالاتر از متوسط علایم عاطفی افسردگی، حدود ۳۹٪ نمرات بالاتر از متوسط علایم اضطراب و $49/3$ ٪ نمرات بالاتر از متوسط علایم تنیدگی را کسب نمودند. در ۸۰٪ این موارد نمرات بالا در خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب با یکدیگر همراه بودند (جدول ۱).

متغیر وضعیت سنی: بین نمرات همسران جانباز در هر سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی بر حسب گروه‌های سنی آنان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). در مقایسه دوه‌دوی گروه‌ها، در خرده‌مقیاس اضطراب، همسران جانباز گروه سنی ۶۰ سال به بالا با گروه سنی ۵۰-۴۰ سال تفاوت معنی‌داری نشان دادند. همچنین در خرده‌مقیاس تنیدگی همسران جانباز ۴۰-۳۰ ساله با همسران جانباز ۶۰-۵۰ ساله به‌طور معنی‌داری تفاوت داشتند ($p < 0/05$).

متغیر وضعیت تحصیلی: بر حسب متغیر سطح تحصیلات همسران جانباز، تنها در خرده‌مقیاس اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p = 0/001$). در حالی که در دو خرده‌مقیاس دیگر نمرات همسران جانباز با توجه به سطح تحصیلات آنان تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p > 0/05$). در مقایسه دوه‌دوی گروه‌ها، همسران جانبازی که سطح تحصیلات راهنمایی تا دیپلم داشتند از لحاظ میزان اضطراب تفاوت معنی‌داری با همسران جانباز بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی داشتند ($p < 0/001$). همچنین میزان اضطراب در همسران جانباز دارای تحصیلات راهنمایی تا دیپلم با همسران جانباز دارای تحصیلات دانشگاهی به‌طور معنی‌داری متفاوت بود ($p < 0/001$).

متغیر وضعیت اشتغال: همسران جانبازی که وضعیت اشتغال خود را فعال یا غیرفعال گزارش کردند، در مولفه‌های افسردگی و اضطراب به‌طور معنی‌داری با یکدیگر متفاوت بودند ($p = 0/001$), اما در میزان تنیدگی این دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p = 0/06$).

متغیر وضعیت سلامت جسمی: بیش از نیمی از همسران جانباز وضعیت سلامتی خود را به‌صورت بیمار گزارش کردند. همسران جانبازی که وضعیت سلامت جسمی خود را سالم یا بیمار گزارش کردند، در تمام مولفه‌های پرسش‌نامه به‌طور معنی‌داری با یکدیگر متفاوت بودند ($p = 0/001$).

متغیر فعالیت‌های تفریحی: همسران جانبازی که در طول سال به فعالیت‌های تفریحی و مسافرت می‌پرداختند، در تمام مولفه‌های

مطالعه مختلف، همبستگی درونی عامل‌ها شبیه به مطالعات قبلی از جمله مطالعه پدیدآورنده پرسش‌نامه بود. پایایی مقیاس‌های DASS از طریق بررسی ضرایب همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی تایید شد. به‌علاوه، اعتبار سازه دو مقیاس افسردگی و اضطراب با استفاده از روش محاسبه همبستگی بین نمره‌های دو مقیاس مذکور با نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی بک و پرسش‌نامه‌های چهارسامانه‌ای اضطراب و پرسش‌نامه اضطراب زانگ و همچنین اعتبار سازه تنیدگی با پرسش‌نامه تنیدگی ادراک‌شده مورد تایید قرار گرفت. اعتبار همزمان مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی از طریق مقایسه نمره‌های یک نمونه فرعی برگرفته‌شده از جمعیت عمومی جامعه با گروه همتایی از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مورد تایید قرار گرفت. همچنین محاسبه اعتبار همزمان مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی نشان داد که این آزمون از اعتبار همزمان مناسبی برخوردار است، چرا که همبستگی‌های DASS با پرسش‌نامه‌های فوق از نظر آماری معنی‌دار بود. این نتایج نشان از اعتبار همزمان مناسب این آزمون دارد. یافته‌های این دو تحقیق نشان داد که این آزمون دارای اعتبار قابل قبولی بوده و از قدرت تشخیصی مناسبی برای متمایزکردن افراد دارای نشانگان افسردگی، اضطراب و تنیدگی از افراد سالم برخوردار است [31,32].

برای تکمیل پرسش‌نامه، فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به‌صورت چهارگزینه‌ای است که به‌صورت خودسنجی تکمیل می‌شود. آزمودنی هر یک از عبارات را با توجه به وضعیتی که در طول هفته گذشته داشته است با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (صفر تا ۳) درجه‌بندی می‌کند. دامنه پاسخ‌ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است. نمره‌دهی از صفر تا ۳ است و نمره صفر برای گزینه "هیچ وقت"، نمره یک برای گزینه "کمی"، نمره ۲ برای گزینه "گاهی" و نمره ۳ برای گزینه "همیشه" در نظر گرفته می‌شود. براساس جدول نمره‌دهی شدت بروز علایم عاطفی افسردگی در پرسش‌نامه، معیار احراز علایم افسردگی کسب نمره ۱۰-۷ است. در خرده‌مقیاس افسردگی، اگر نمره کسب‌شده بالاتر از $8/5$ (حد میانه نمره این بخش) باشد، به‌عنوان معیار احراز نشانگان افسردگی متوسط در نظر گرفته می‌شود. به همین ترتیب و با معیار مشابه در خرده‌مقیاس اضطراب حد میانه اضطراب متوسط، نمره $7/5$ و در خرده‌مقیاس تنیدگی حد وسط، نمره ۱۱ در نظر گرفته می‌شود.

در فرآیند تکمیل پرسش‌نامه‌های تحقیق، از تکمیل پرسش‌نامه به‌وسیله پاسخگو استفاده شد. همچنین برای ورود به محیط پرسشگری با رعایت موازین حاکم بر بنیاد شهید و امور ایثارگران مجوزهای لازم برای تماس با پاسخگویان و نیز موافقت قبلی پاسخگویان جلب شد. توضیحات لازم درباره تحقیق، اهداف، نتایج و به‌ویژه تأییراتی که در جامعه همسران جانبازان خواهد داشت، آرایه و از محفوظ‌ماندن اطلاعات و داده‌ها به آنها اطمینان داده شد. همچنین سعی شد اعتماد و همکاری پاسخگویان جلب شود.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط افراد نمونه تحقیق، پاسخ‌نامه‌های تحقیق از لحاظ صحت و درستی شیوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها، عدم وجود موارد پاسخ‌داده‌نشده، وجود دقت لازم در تکمیل پرسش‌نامه از طرف همسر جانباز و سایر نکات مربوط مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت ۲۰ نمونه مجدداً با نقرات جدید جایگزین شد.

آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 21 و با استفاده از آزمون T مستقل برای بررسی تاثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وضعیت اشتغال،

تفاوت‌های مشاهده‌شده از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها، همسران جانبازی که ۴ فرزند و بالاتر داشتند نسبت به همسران جانبازی که ۲-۱ فرزند داشتند در مقیاس اضطراب دارای تفاوت معنی‌دار بودند ($p < 0.05$).

متغیر مالکیت محل سکونت: همسران جانباز مورد مطالعه در هر سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی بر حسب مالکیت شخصی محل سکونت خود تفاوت معنی‌دار داشتند ($p < 0.05$). در مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها، همسران جانبازی که در خانه‌های سازمانی یا منزل اقوام سکونت داشتند در تمام مولفه‌های پرسش‌نامه به‌طور معنی‌داری با صاحبان منازل شخصی متفاوت بودند ($p < 0.05$).

عمده‌ترین عوامل تنیدگی همسران جانباز پس از مجروحیت شوهر: در مجموع، عمده‌ترین عوامل تنیدگی همسران را می‌توان مشکلات مربوط به فرزندان از جمله رسیدگی به امور سرپرستی، تحصیل، شغل و ازدواج آنها (۲۹/۳٪)، مشکلات اقتصادی و مالی (۲۸/۰٪)، مشکلات ناشی از معلولیت جسمی همسر (۲۷/۳٪)، مشکلات روابط زناشویی (۴/۷٪) و سایر مشکلات از جمله اختلاف با فامیل خود و همسر به‌دلیل شرایط جانباز و غیره (۱/۷٪) عنوان کرد.

بحث

این تحقیق کاربردی با هدف همه‌گیرشناسی نشانگان افسردگی، اضطراب و تنیدگی در همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران و بررسی نقش مولفه‌های جمعیت‌شناختی به‌عنوان پیش‌بین این اختلال‌ها انجام شد. نتایج تحلیل آماری سنجش نشانگان عاطفی نشان داد که برخی متغیرهای دموگرافیک بر بروز علایم اختلال‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی تاثیر دارند.

با توجه به شیوه انتخاب نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، نتایج پراکندگی همسران جانباز از لحاظ محل سکونت خود در مناطق مختلف شهر تهران نشان‌دهنده این واقعیت است که نمونه آماری مورد مطالعه معرف و نماینده خوبی از کل جامعه همسران جانبازان بالای ۲۵٪ شهر تهران است. همچنین داده‌های به‌دست‌آمده تناقض یا ناهمخوانی با یکدیگر نداشته و روش اجرا و شیوه جمع‌آوری اطلاعات و ابزارهای مورد استفاده از دقت و اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده‌اند.

اگر چه در سطح مفهومی، افسردگی و اضطراب از یکدیگر مستقل هستند، اما همپوشی بالینی بین این دو مفهوم از دیرباز مورد توجه متخصصان بوده است [24]. تلاش‌هایی که برای کمی‌سازی این دو سازه انجام شده، همواره از همبستگی بین آنها حکایت داشته است [25]. از طرف دیگر به‌هنگام مطالعه و تبیین عواطف منفی، مفهوم تنیدگی نقش قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد، زیرا تنیدگی می‌تواند واکنش‌های اختصاصی و غیراختصاصی به‌وجود آورد و به برانگیختگی مزمن و آسیب در عملکرد منجر شود [26]. مفهوم واکنش تنیدگی نسبت نزدیکی با اضطراب دارد. بنابراین ارزیابی این سه سازه و بررسی ارتباط درونی بین آنها در این مطالعه دارای اهمیت است. بالابودن بسامد گزارش هیجان منفی از یک سو، و باور به هم‌ابتلائی بالای این اختلالات از طرف آزمودنی‌ها، ابغادی‌بودن سازه‌های افسردگی و اضطراب را بیش از پیش نشان داده و ثابت می‌کند که نتایج این تحقیق تاییدکننده نتایج قبلی محققان در بررسی سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی در آزمودنی‌ها بود [33-35].

پرسش‌نامه به‌طور معنی‌داری با افرادی که به تفریح نمی‌پرداختند متفاوت بودند ($p = 0.001$).

جدول ۱ توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران و مقایسه میانگین آماری نمرات آنها در خرده‌مقیاس‌های سه‌گانه پرسش‌نامه بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی (۳۷۷ نفر)

متغیرهای جمعیت‌شناختی	تعداد (درصد)	نمره افسردگی	نمره اضطراب	نمره تنیدگی
گروه سنی	۲-۳۰ سال	۹/۴۸±۶/۸۱	۱۰/۵۸±۶/۷۹	۱۱/۴۵±۶/۲۶
	۳۰-۴۰ سال	۸/۵۷±۴/۴۸	۹/۲۹±۴/۶۳	۱۰/۱۰±۴/۸۹
	۴۰-۵۰ سال	۷/۸۲±۴/۶۵	۸/۷۷±۴/۴۳	۹/۱۲±۴/۹۵
۵۰-۶۰ سال	۷/۹۷±۴/۶۵	۸/۹۳±۴/۶۶	۱۰/۷۳±۴/۸۱	
۶۰ سال به بالا	۸/۷۱±۴/۵۸	۱۰/۸۷±۴/۷۸	۱۱/۸۹±۴/۷۹	
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳
سطح تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۹/۶۹±۴/۵۲	۱۰/۸۸±۳/۸۶	۱۱/۲۷±۴/۹۸
	راهتمایی تا دیپلم	۸/۲۳±۴/۶۵	۹/۳۵±۴/۳۸	۱۰/۱۸±۴/۸۹
	کاردانی و کارشناسی	۷/۳۲±۴/۶۴	۸/۳۵±۴/۵۶	۹/۹۱±۴/۹۸
کارشناسی‌ارشد و بالاتر	۶/۶۶±۴/۹۱	۶/۷۹±۵/۳۴	۸/۰۶±۴/۷۴	
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸
وضعیت اشتغال	فعال	۷/۱۰±۴/۵۲	۸/۲۸±۴/۶۱	۱۰/۶۵±۵/۱۱
	غیرفعال	۸/۲۸±۴/۶۷	۹/۲۱±۴/۶۰	۹/۷۳±۴/۹۰
	وضعیت سلامت جسمی	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶
سالم	۱۷۹ (۴۷/۵٪)	۸/۰۱±۴/۲۸	۸/۰۵±۳/۹۶	۹/۵۹±۴/۶۲
بیمار	۱۹۸ (۵۲/۵٪)	۹/۰۲±۴/۷۱	۹/۸۸±۴/۷۱	۱۰/۲۲±۴/۸۹
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
فعالیت‌های تفریحی و مسافرت	بلی	۷/۰۱±۴/۵۲	۷/۴۶±۴/۵۶	۸/۸۸±۴/۸۴
	خیر	۸/۸۶±۴/۸۱	۸/۳۳±۴/۶۱	۱۰/۸۱±۴/۹۶
	سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد فرزند	بدون فرزند	۱۰/۴۸±۴/۵۲	۱۰/۹۲±۳/۸۶	۸/۸±۴/۳۷
	۱-۲ فرزند	۷/۷۱±۴/۶۵	۸/۷۲±۴/۳۸	۹/۹۴±۴/۹۸
	۳-۴ فرزند	۸/۲۱±۴/۶۴	۸/۹۹±۴/۵۶	۱۰/۲۴±۴/۸۸
بیش از ۴ فرزند	۹/۵۴±۴/۹۱	۱۲/۴۶±۵/۳۴	۱۱/۰۵±۵/۱۳	
سطح معنی‌داری	-	۰/۷۷۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴
مالکیت محل سکونت	شخصی	۷/۳۴±۴/۷۳	۸/۴۰±۴/۰۴	۹/۶۳±۴/۳۲
	استیجاری	۹/۵۱±۴/۸۸	۱۰/۸۹±۴/۸۵	۱۰/۶۸±۵/۰۵
	خانه‌های سازمانی یا منزل اقوام	۱۲/۹۴±۴/۴۹	۱۲/۳۸±۴/۳۷	۱۱/۷۸±۴/۸۱
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱

متغیر تعداد فرزندان: همسران جانباز مورد مطالعه تنها در خرده‌مقیاس اضطراب بر حسب تعداد فرزندان خود تفاوت معنی‌داری داشتند ($p = 0.001$) و در دو خرده‌مقیاس دیگر

نمره ۱۰-۷ است. اگر نمره کسب شده بالاتر از ۸/۵ (حد میانه نمره این بخش) توسط آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس افسردگی پرسش‌نامه DASS-21، به‌عنوان معیار احراز نشانگان افسردگی متوسط در نظر گرفته شود در این صورت حدود ۳۸٪ جامعه همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران حایز نمرات بالاتر از متوسط علایم عاطفی، افکار و احساسات افسردگی بودند. به همین ترتیب و با معیار مشابه در خرده‌مقیاس اضطراب حد میانه اضطراب متوسط، نمره ۷/۵ محاسبه می‌شود که در این صورت حدود ۳۹٪ جامعه مورد بررسی با اختلالات اضطراب درگیر بودند. در خرده‌مقیاس تنیدگی با حد وسط نمره ۱۱، این آمار شامل حال ۴۹/۳٪ همسران می‌شد.

در این پرسش‌نامه خرده‌مقیاس افسردگی شامل سئوالاتی است که خلق ملول (افسرده‌حال)، فقدان اعتمادبه‌نفس و ناامیدی را می‌سنجد. حدود ۱۷/۷٪ همسران جانبازان دارای نشانگان عاطفی و نمرات بالا در خرده‌مقیاس افسردگی (شدید و بسیار شدید) پرسش‌نامه بودند. بررسی پاسخ‌های این آزمودنی‌ها نشان داد که در این همسران بی‌علاقگی نسبت به لذات زندگی، نداشتن انگیزه و از دست دادن انرژی حیاتی، احساس ناامیدی، افکار خودکشی و آفت عملکرد به‌طور وسیع دیده می‌شود، به‌نحوی که بیش از ۳۰٪ آنها دارای اشتغالات فکری مربوط به مرگ بودند.

در خرده‌مقیاس اضطراب، عبارات متعددی می‌کوشد تا بیش‌انگیزختگی فیزیولوژیک را مورد ارزیابی قرار دهد. آمار آزمودنی‌ها در اختلال اضطراب شدید و بسیار شدید ۱۹/۳٪ به‌دست آمد. در این همسران افکار ترس از یک عامل ناشناخته و نامعلوم، پریشانی فکر و گاه، بروز علایم احساس خطر، آفت عملکرد و پرخاشگری دیده می‌شود.

در ۸۰٪ موارد، نمرات بالا در خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب با یکدیگر همراه بود. بنابراین تشخیص و درمان اختلال اضطرابی اثر مثبت در روند بهبود بیماران افسرده و تعیین پیش‌آگهی بهتر برای آنان خواهد داشت. اضطراب به‌عنوان محرک طبیعی در پیش‌برد فعالیت‌های روزمره لازم و ضروری است. ولی وقتی از محدوده طبیعی فراتر رود و پاتولوژیک شود، نه‌تنها اثرات مثبت خود را از دست می‌دهد، بلکه اثراتی سوء در بازده افراد نیز خواهد داشت^[26]. در این مطالعه معلوم شد که این دو عامل در همسران جانباز بیش از افراد عادی است.

۲۹/۳٪ جامعه آماری، بیشترین عامل تنیدگی خود را مشکلات مربوط به فرزندان از جمله رسیدگی به امور سرپرستی، تحصیل و شغل آنان بیان نمودند. قرارگرفتن این عامل در این جایگاه ضمن آنکه نشانگر حمایت‌ها و تلاش‌های مادران است، ضرورت توجه و حل معضلات مربوط به این زمینه را خاطر نشان می‌کند.

میزان مشکلات روانی در بین خانواده‌های جانبازان بالاتر از حد متوسط است که علت اصلی آن مشکلات جسمانی یا اعصاب و روان پدر، بیماری، مشکلات مالی و اقتصادی، احساس ناتوانی در کنترل موقعیت‌های زندگی و پایین بودن منزلت اجتماعی است. همچنین در میان خانواده‌های جانبازان، شیوع اختلالات روان‌شناختی بسیار چشمگیر بوده و باید توجه خاصی نمود^[16].

این پژوهش نشان داد که در اکثر همسران جانباز به‌طور قطع و یقین، زمینه‌ها و نشانگان عاطفی اختلال‌های اضطراب، افسردگی و تنیدگی و حتی اختلالاتی نظیر جسمانی‌سازی فراهم می‌شود. اصولاً وقتی فردی از نظر روانی و عصبی از اعتدال برخوردار نباشد و دچار اختلالاتی نظیر افسردگی مداوم، اضطراب، پرخاشگری و غیره باشد و از امتیازات شغلی رفاهی هم کم‌بهره باشد، طبیعی است که اثرات این وضعیت روانی بر افکار همسر تاثیر سوء گذاشته تا آنجا

نتایج این پژوهش نشان داد که برخی متغیرهای دموگرافیک در این مطالعه روابطی را با نشانگان عاطفی اختلال‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی دارند، اما تاثیر عوامل مختلف جمعیت‌شناختی بر بروز نشانگان اختلال‌ها یکسان نیست. مطابق یافته‌ها برخورداری از سطح تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر از آن (تحصیلات دانشگاهی)، شاغل بودن همسران جانباز، پرداختن آنان به فعالیت‌های تفریحی و مسافرت، به‌علاوه زندگی در منزل شخصی و دارابودن خانواده کم‌جمعیت با حضور شوهر و یک تا دو فرزند، با علایم و نشانه‌های پایین‌تر افسردگی، اضطراب و تنیدگی و به‌عبارتی با سلامت روانی آنها همراه است.

بالابودن علایم و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی در دو سوی منحنی سنی همسران مشهود است. این نشانگان عاطفی در سنین ۲۰-۳۰ سال و ۶۰ سال به بالا با ظهور و بروز بالاتری گزارش شده‌اند، در حالی که در بین این دو طیف سنی یعنی سال‌های میانسانی، میزان علایم و نشانه‌ها پایین‌تر از آنهاست. وضعیت روانی همسران جانباز در دوره‌های سنی مذکور دچار آفت و کاهش معنی‌داری می‌شود و نمرات کسب‌شده همسران در این دو دامنه سنی نسبت به همسرانی که در سال‌های بین این دو طیف سنی زندگی می‌کنند بیشتر است. این یافته این نکته را خاطر نشان می‌سازد که در تهران شاهد وجود همسران جانباز در دوره سنی جوانی هستیم که به‌تازگی با تجربه مواجهه با مشکلات و کمبودهای همسر جانباز روبه‌رو شده‌اند که یکی از علل بالابودن نشانگان عاطفی اضطراب و افسردگی و تنیدگی نیز به این نکته برمی‌گردد و به‌نظر می‌رسد همسران میانسال این برهه را سپری نموده و در برخی موارد راه حل‌هایی برای کاهش اثرات سوء و فشارهای روانی این کمبودها پیدا کرده باشند. از سوی دیگر، با توجه به اینکه همسران جانباز در دهه‌های بالاتر عمر خود با پدیده‌هایی همچون بازنشستگی و ترک منزل از سوی فرزندان (بنا به دلایلی چون ازدواج)، با تجربه مجدد تنهایی با مشکلات همسر جانباز روبه‌رو می‌شوند، در این دوره سنی هم علایم و نشانه‌های فوق بیشتر در آنان دیده می‌شود. البته این دو موضوع نیاز به بررسی بیشتر و مقایسه با خانواده‌های عادی دارد.

همسران جانبازی که وضعیت سلامتی خود را تحت عنوان بیمار ارزیابی می‌کنند به‌طور معنی‌داری از همسرانی که خود را سالم می‌دانند در نمرات کسب‌شده در تمام متغیرهای پرسش‌نامه متفاوت بودند. به‌عبارت دیگر، افراد دسته اول میزان بالاتری از افسردگی، اضطراب و تنیدگی را گزارش کردند. بدین ترتیب می‌توان گفت رابطه دقیق و معنی‌داری بین برداشت آنان از وضعیت سلامتی خود و ابعاد مختلف سلامت روانی آنان برقرار است. خودارزیابی همسران جانباز از وضعیت سلامت جسمانی خود رابطه معنی‌داری با میزان ناراحتی‌های روانی و علایم آسیب‌شناختی گزارش شده توسط خود آنها دارد. اگر چه فراوانی گزارش‌های مرتبط با شکایات جسمی در شرکت‌کننده‌ها بالا بود، با این حال نگاهی به عبارات تشکیل‌دهنده سه خرده‌مقیاس پرسش‌نامه تحقیق نشان می‌دهد که هیچ عبارتی برای سنجش علایم جسمانی در میان سئوال‌ها وجود ندارد و این پرسش‌نامه بیشتر بر جنبه‌های خلقی و هیجانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی تاکید دارد تا بر وجوه جسمی آنها. لذا شواهد فعلی از فرضیه "جسمانی‌سازی" افسردگی، اضطراب و تنیدگی در این جامعه حمایت نمی‌کند و احتمالاً فرآیندهای روان‌شناختی دیگری در گزارش علایم جسمانی درگیر است. براساس جدول نمره‌دهی شدت بروز علایم عاطفی افسردگی در پرسش‌نامه تحقیق، معیار احراز علایم افسردگی متوسط کسب

سیاس از استاد راهنما جناب آقای دکتر رفیعی‌پور که در تمامی مراحل این تحقیق راهنمای بنده بوده‌اند.

تاییدیه اخلاقی: کلیه شرکت‌کنندگان با رضایت در پژوهش شرکت داشتند و شرایط نگهداری محرمانه از اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شده است.

تعارض منافع: موردی از طرف نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: سیده مریم سیدطالبی (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی/نگارنده مقدمه/تحلیل گر آماری/نگارنده بحث (۷۵٪)؛ امین رفیعی‌پور (نویسنده دوم)، روش‌شناس (۲۵٪)

منابع مالی: اعتبار مالی این پژوهش از طرف نویسنده مسئول تأمین شده است.

منابع

- 1- Foster H, Brook-Gunn J. Children's exposure to community and war violence and mental health in four African countries. *Soc Sci Med*. 2015;146:292-9.
- 2- Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Bor H, Gerritsen DL, Koopmans RT. Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *Aging Ment Health*. 2014;18(8):980-5.
- 3- Westphal-Guitti AC, Alonso NB, Migliorini RC, da Silva TI, Azevedo AM, Caboclo LO, et al. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. *J Neurosci Nurs*. 2007;39(6):354-60.
- 4- White RF, Steele L, O'Callaghan JP, Sullivan K, Binns JH, Golomb BA, et al. Recent research on Gulf War illness and other health problems in veterans of the 1991 Gulf War: Effects of toxicant exposures during deployment. *Cortex*. 2016;74:449-75.
- 5- Al-Turkait FA, Ohaeri JU. Post-traumatic stress disorder among wives of Kuwaiti veterans of the first Gulf War. *J Anxiety Disord*. 2008;22(1):18-31.
- 6- Coughlan K, Parkin C. Women partners of Vietnam vets. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1987;25(10):25-7.
- 7- Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, Hoge C, Martinez PE, Engel CC, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1777-83.
- 8- Jakupcak M, Tull MT, McDermott MJ, Kaysen D, Hunt S, Simpson T. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addict Behav*. 2010;35(9):840-3.
- 9- Kajbaf M, Ghasemiannezhad Jahromi AN, Ahmadi Foroshani SH. The effectiveness of spiritual and existential group therapy on the rates of depression, death anxiety and afterlife belief among students: a study based on the reports of people with death experience. *Knowl Res Appl Psychol*. 2016;16(4):4-13. [Persian]
- 10- Dekel R, Goldblatt H, Keidar M, Solomon Z, Polliack M. Being a wife of a veteran with posttraumatic stress disorder. *Fam Relat*. 2005;54(1):24-36.
- 11- Babae E, Jain S, Cardona B, Williams A, Naghizadeh N. Health and marital satisfaction among Iranian women married to veterans and nonveterans. *World Appl Sci J*. 2009;6(12):1612-6.
- 12- Jordan BK, Marmar CB, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Damages in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(6):916-26.
- 13- Najafy M, Mohammadyfar MA, Dabiri S, Erfani N, Kamary AA. The Comparison of the quality of life of the

که او نیز خود گرفتار اختلالات افسردگی، اضطرابی و سازگاری می‌شود و از نظر پناهگاه امن، خود را تنها می‌بیند.

یافته‌های فوق به‌طور تلویحی نتایج تحقیقاتی را تایید می‌کند که به شیوع برخی از مشکلات روانی در میان همسران جانباز اشاره نموده‌اند. از آنجا که یافته‌های پژوهش بر تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی بر مشکلات روان‌شناختی این جامعه تأکید ورزیده است، باید این عوامل در فرآیند مشاوره و درمان این جامعه مورد توجه قرار گیرند، به‌طوری که اصلاح شاخص‌های ساختار جمعیتی همسران جانباز با افزایش میزان تحصیلات، اشتغال و افزایش میزان تفریح و مسافرت این قشر برای کاهش فشارهای روانی، به‌موازات انجام درمان‌های پزشکی در راستای کاهش این اختلال‌ها، حایز اهمیت تلقی شود [11, 14, 17].

مطالعه حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بود؛ از آن جمله می‌توان به شیوع گردآوری اطلاعات که مبتنی بر تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود اشاره نمود. اطلاعات حاصل صرفاً از طریق همسران جانباز و به‌وسیله مقیاس‌های خودگزارشی به‌دست آمد. علی‌رغم مفیدبودن این اطلاعات، گردآوری داده‌ها از سایر منابع مثل خود فرد جانباز، فرزندان و اطرافیان سودمند خواهد بود. همچنین از آنجا که بیشتر زنان شرکت‌کننده در این تحقیق خانه‌دار بودند، لذا به‌نظر می‌رسد شاغل‌بودن و نوع شغل جانباز به‌عنوان یک متغیر جمعیت‌شناختی خانواده بهتر از شغل زن می‌تواند معرف وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده و بالطبع موثر در افزایش یا کاهش فشارهای روانی بر همسران جانباز و بروز نشانگان اختلال‌های مورد بررسی باشد. علاوه بر این، توزیع گروه نمونه از لحاظ دو متغیر جمعیت‌شناختی وضعیت تحصیل و اشتغال، توزیعی بهنجار نبود. قریب به ۸۰٪ نمونه‌ها غیرفعال و میزان تحصیلات ۷۰٪ آنها در سطح دیپلم و زیر دیپلم بود. به‌دلیل غلبه این وضعیت در گروه نمونه، در خصوص نقش دقیق این دو متغیر باید اظهار نظرهای دقیق‌تری را در تحقیقات آتی برای گروه‌هایی از همسران جانباز اظهار نمود که از توزیع شغلی و تحصیلی بهنجارتری برخوردار باشند.

در راستای تکمیل نتایج این تحقیق، انجام مطالعاتی با استفاده از ابزارهای سنجشی غیر از پرسش‌نامه و ارزیابی عینی‌تر وضعیت سلامت آنان، اجرای فرآیند تکمیلی تشخیص‌گذاری و آرایه راهکار درمان و مقایسه وضعیت سلامت همسران جانباز با سایر گروه و جوامع زنان مثل سایر زنان عادی جامعه، همسران آزادگان و شهدا پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

۷۶٪ همسران جانباز بالای ۲۵٪ شهر تهران حایز برخی علایم و نشانگان عاطفی اختلال‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی هستند که نیازمند بررسی بیشتر و تشخیص‌گذاری دقیق‌تر است. همچنین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن، وضعیت اشتغال، وضعیت سلامت جسمی، پرداختن به فعالیت‌های تفریحی، مالکیت محل سکونت، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات بر میزان اختلال‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی همسران جانباز تأثیر دارند.

تشکر و قدردانی: از همکاری صمیمانه جناب آقای شاکری مدیر محترم مرکز رشد فناوری شاهد، معاونت محترم پژوهشی بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران بزرگ و همچنین از خانواده‌های محترم جانبازان در مناطق مختلف که در تکمیل پرسش‌نامه‌ها ما را مورد لطف قرار داده و نهایت همکاری را داشتند تشکر به‌عمل می‌آید. با

- 24- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
- 25- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- 26- Derogatis L. SCL 90 R administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Towson: Clinical Psychometric Research; 1983. pp.14-5.
- 27- Bajaja B, Robins RW, Pandec N. Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personal Individ Differ*. 2016;96:127-31.
- 28- Lovibond S, Lovibond P. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney, N.S.W.: Psychology Foundation of Australia; 1995.
- 29- Antony M, Bieling P, Cox B, Enns M, Swinson R. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10:176-81.
- 30- Heaven PC, Smith L, Prabhakar SM, Abraham J, Mete ME. Personality and conflict communication patterns in cohabiting couples. *J Res Personal*. 2006;40(5):829-40.
- 31- Asghari A, Saed F, Dibajnia P. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *Int J Psychol*. 2008;2(2):82-102.
- 32- Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *J Iran Psychol*. 2005;1(4):11-28. [Persian]
- 33- Li Y, Dai W, Zhang J. Anxiety, depression and quality of life in patients with a treated or untreated unruptured intracranial aneurysm. *J Clin Neurosci*. 2017;S0967-5868(16)30635-X.
- 34- Lazarus RS. From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*. 1993;44:1-21.
- 35- Costello CG, Comrey AL. Scales of measuring anxiety and depression. *J Psychol*. 1967;66(2):303-13.
- war veterans families with/without Post traumatic stress disorder. *Iran J War Public Health*. 2011;3(3):27-35. [Persian]
- 14- Jafari F, Moien L, Soroush M, Mosavi B. Quality of life in chemical warfare victims with ophthalmic damage's spouses. *Iran J War Public Health*. 2011;3(3):8-12. [Persian]
- 15- Safavi M, Mahmoudi M, Akbarnatajbisheh K. Assessment of relationship quality of life and coping skills in spouses of chemical devotees with pulmonary complications due to sulfur mustard in Tehran in 2006. *Daneshvar*. 2010;17(87):9-18. [Persian]
- 16- Radfar Sh, Haghani H, Tavalaei SA, Modirian E, Falahati M. Evaluation of mental health state in veteran's family (15-18 Y/O adolescents). *J Mil Med*. 2005;7(3):203-9. [Persian]
- 17- Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshat Doost H, Bakhshani N, Shakiba M. Comparative investigation of mental health status of spouses of war handicaps in accordance with husband's disability. *Res Med Sci Zahedan J*. 2002;12(4):38-2. [Persian]
- 18- Bahreinian SA, Borhani H. Mental health in a group of war veterans and their spouses in Qom. *Res Med*. 2003;27(4):305-12. [Persian]
- 19- Parandeh A, Siratinir M, Khaghanizadeh M, Karimi Zarchi AA. The effect of training conflict resolution on quality of life's on spouses of war veterans post traumatic stress disorder. *J Mil Med*. 2008;8(1):45-51. [Persian]
- 20- Bahreynian A, Borhani H. Mental health in a group of war veterans and their spouses in Qom. *Res Med*. 2003;27(4):305-12. [Persian]
- 21- Mousavi B, Soroush M, Masoumi M, Ganjparvar Z, Montazeri A. Quality of life in spouses of war related bilateral lower limb amputees. *Daneshvar*. 2010;17(84):11-8. [Persian]
- 22- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
- 23- Kerry SM, Bland JM. The intraclass correlation coefficient in cluster randomisation. *BMJ*. 1998;316(7142):1455-60.