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

نویسنده‌گان: مناندا امیری، دکتر سید حسن سلیمی، دکتر سید محمود میرزامانی، دکتر کیانوش حاجی‌نیا و مصطفی ادیب

چکیده
هدف اصلی این پژوهش، مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانپزان قطع نخاع با زنان متأهل و شاغل جامعه عادی است. تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال بهود که آیا بین همسران شاغل جانپزان قطع نخاع با زنان متأهل شاغل جامعه عادی در مقایسه‌های آزمونی MMPI تفاوت ملی دارد. ابزار کارگر و به‌خصوص برگه اطلاعات فردی بود. جامعه آماری شامل همسران شاغل جانپزان قطع نخاع و همسران شاغل افراد عادی در شهر تهران بود. مطالعه آزمون‌ها در هر گروه 25 نفر بود که از نظر مشخصات دموگرافیک مشابه بودند. اطلاعات به دست آمده از پایگاه تفاوت محاسباتی بین دو گروه آزمون‌ها می‌تواند با همسران شاغل جامعه عادی به‌طور معناداری در دارایی وضعیت روانی نامناسب و از مشکلات افسردگی، خود بیماری‌های جسمی و مشخصات شخصیتی رنج می‌برند.

والله‌ی کلیدی: نیمرخ روانی، فشار روانی، آزمون MMPI، جانپزان

مقدمه
نشر روانی و مشکلات مزمن جسمی، پایان‌های روانی، اجتماعی را در سطوح و ابعاد مختلف تشکیل می‌دهد که در بالا دارد. چنین تحقیقاتی که تا کنون شده‌اند، موضوع و تواصق جسمانی و مشکلات روانی اجتماعی روانی و ناکامی روانی-اجتماعی در اجتماعی ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا برای افراد و فردیت محسوب می‌شود. ضایعه نخاعی در مجرورین
مقاومه نیمرخ روانی همسر شاغل جابجاژان اغلب نخیب با زمان شاغل جامعه عادی، خود را با جامعه سازگار کند و به علاوه در رشد و ترقی وضعیت سلامتی-اجتماعی خانواده، به ویژه همسر جاناب خود بکوشند.

تأثیر عضو بیمار در بهدیدشت روانی اعضای خانواده
افراد مبتلا به بیماری های مزمن جسمی پرسند و از اختلالات رفتاری، شناختی و جسمانی شدید و طولانی‌مدت نمی‌بینند. در چنین وضعیتی کشته‌های روانی-اجتماعی بیماران، از جمله مراقبت از خود، روابط بین فردی و حفظ شغل و شیفت دوچرخه‌گیری می‌شوند و به این خاطر نشانه‌های سازگاری و زندگی ممتعتی آزمد.

دیدگاه‌های سیستمی و خانواده درمانی در تعیین آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تأکید دارد که خانواده به عنوان واحد تعاملی از اعضای خود تأثیر می‌پذیرد. با این نگرش، بیماری یک عضو خانواده نمی‌تواند به‌صورت یکپارچه‌ای مثال‌های سازگاری و اجتماعی داشته باشد و با ارزیابی این تاثیرات در خانواده، بیماری به‌کرایه‌ای درمانی و سهولت درمان و شیوه‌پای افراد خانواده به بیماری تأثیرات در خورش نوعی بی‌کننده دارد و می‌تواند به عنوان مشکل کننده اصلی فشار روانی در خانواده مورد توجه قرار گیرند[۷].

شواهد ممتعتی بر این حقیقت تأکید
تأثیر دیره زنن از همسر مبتلا به ضایعه تخاعی آثار روانی مستقیم عوارض فنی، علائم به فرد، می‌تواند بسیار درجه یک معلول قطع تخاعی، به یک باز همسر و فرزندان از این زنن به یک باز همسر و فرزندان در حال حاضر به روابط و علائم در روابط مصرفی کارایی مشابه بار مردان، با فشارهای ضعیف چون تصمیم‌گیری، تکنیک‌های از این نیز روایی همسران شاغل جانبای قطع تخاعی با نیمرخ روایی همسران شاغل افراد عادی تفاوت دارد یا خیر؟

روش این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل 130 جانبای قطع تخاعی ساکن در شهر تهران بود که از میان آنها تعداد 75 نفر دارای همسر شاغل بودند. از این تعداد دسترسی به 7 نفر به دلیل نداشتن آدرس مشخص می‌کردند. به علاوه 5 نفر از آنها نیز حاضر به همکاری نشدن و لذا تعداد از مورد افزایش گروه آزمایشی به 45 نفر کاهش یافت. حجم نمونه گروه کنترل با تعداد مشابه گروه آزمایشی تهیه گردید [12].

نتایج اعتقادات مذهبی را در روابط ایرانی به فشار نادیده گرفت [12]. در این مطالعه اینق (و همکاران) [13] در مورد نحوه میزان اثرگذاری آثار مثبت به قطع تخاعی مشاهده کرده که میزان و توانمندی‌های روایی و جسمانی بیشتر در همسر به مهیج بودن افراد به ضایعه احساس می‌کند. حواضی فروتنیکس زندگی مانند چنگ، شخصیت و فردیت و یافته‌های مربوط به طریق مشاهده و عدم تأثیر قرار داده سطح درهمکاری کنش‌های روشن‌نشانی انسان را مورد حمله قرار می‌دهند. بنابراین مشکلات شاید جسمی، تغییر محدودیت‌های حسی و حرکتی، تنا مدل افراد ضایعه تخاعی نیست، بلکه بی‌بسته‌ای روشن‌نشانی ناچیزی از ضایعه که دربی‌غل و اکلی فورتی گروه زندگی آنها اجبار می‌شود از فرد دیگر ضایعه نگران کردن است [12].
مقایسه نیروی روانی همسانی شاقل جابجااند ۴۸ تا ۷۱/۵۷ (مقیاس Ma) تا ۴/۸۴ (مقیاس Ma) است [۲۵].

شیوع تحلیل داده‌ها

داده‌های گردآوری شده در این پژوهش با استفاده از آزمون آماری نیویکو و مستقل مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری

با توجه به داده‌های به دست آمده از مشخصات فردی، آزمون‌ها و ویژگی‌های جمعیتی شناختی نمونه‌ها به شرح زیر است:

۱/۷۷۷۶ سال (SD=۲/۸۷) است. حداقل سن آزمون‌ها ۲۰ سال و حداکثر آن ۷۰ سال بود. بیشتر آزمون‌ها در دامنه سنی ۵۰-۷۰ سال قرار داشتند. در این بین، متوسط حداقل آزمون‌ها ۶۷/۸ (SD=۵/۸۷) بود. دامنه حداقل آزمون‌ها بین ۲۳ تا ۵۰ سال بود. ۴۰ درصد آزمون‌ها حداقل آزمون‌ها بین ۱۰-۲۰ سال و دو سال و میانگین سال‌هایی کار آنها ۷/۴۷ سال (SD=۷/۶۸) بود. حداکثر سال‌های کار افراد ۱۴ سال و حداکثر ۳۰ سال است و ۴۴/۴٪ آنها دارای سابقه‌کار ۱۴-۲۲ سال بودند.

از نظر سطح تحصیلات، حداقل تحصیلات افراد زیر دیپلم و حداکثر تحصیلات دکتری بود. حدود ۴۳ درصد آزمون‌ها در مقطع تحصیلی لیسانس قرار داشتند. از نظر مشق، متوسط آزمون‌ها به گروه فرهنگی درمانی و کارمند تخصص شدند. اثر آزمون‌ها در دارای شغل فرهنگی بودند. میانگین از آزمون‌ها در دارای سابقه بیماری اعصاب و روان نبود.

جلد ۱ میانگین و انحراف میانگی آزمون‌ها را در ویژگی‌های سه، درآمد و طول مدت ازدواج در دو گروه نشان می‌دهد. آزمون این در تفاوت معنا ندارد و گروه‌ها مورد تایید قرار داد.

از نظر جامعه‌دانی زنان شاقل (که همسر آنان جانبار نبود) انتخاب شدند. در این دو گروه از نظر سن، شغل، درآمد، مدت ازدواج، سابقه کار، مانع تحصیلات و سابقه بیماری اعصاب و روان مشابه است.

نتایج آزمون‌های نشاء داد که بین ویژگی‌های مрогانیک در گروه مشابهت وجود دارد و تفاوت موجود بین آنها معنادار نیست. همچنین نتایج آزمون‌ها ساده‌ترین اعصاب و روان نداشت. این زمینه تحقیق برای آزمون‌ها توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آنان، از آزمون‌ها دو گروه خواسته می‌شود که پرسشنامه MMPI را تکمیل کند. پرسشنامه MMPI شامل ۷۱ سؤال جهت ارزیابی وضعیت روانی افراد است.

پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینسونا (MMPI) از مهم‌ترین و معتبر‌ترین پرسشنامه‌های است که در حال حاضر به خاطر ویژگی‌های بالینی و فنی آن کاربرد فروان دارد. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط هنری و مککلین که در دانشگاه مینه سوتا ارائه گردید [۲۲، ۲۵].

فرم کوتاه این آزمون شامل ۷۱ سؤال است که توسط کیتکان در سال ۱۹۷۸ تحت عنوان میان مال تهیه و منتشر گردید.

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

فرم کوتاه دارای ۴ میزان روانی دروغ‌پیبای (L)، نابسامایدی ای مقیاس احساس بدبی (F)، ایزولاسیون و مقیاس اصلاح (K) و ۸ میزان بالینی است. میزان‌های بالینی شامل خود بیماری‌های (DS) (به‌کارگیری (D) احترام (H) پرستاری (P) اجتماعی و روانی (Pa) و هیپومنی (SC) اسکیزوفرنیا (Ma) و هیپومنی (SC) انجام شده در مورد MMPI بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ نشان داد که همه مقیاس‌های MMPI کاملاً پایا است و
جدول ۱ میانگین و ارایف معیار سن، درآمد و طول ازدواج در گروه‌ها

<table>
<thead>
<tr>
<th>کردها</th>
<th>درآمد</th>
<th>طول ازدواج</th>
<th>میانگین</th>
<th>ارایف معیار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>همسران جوانان</td>
<td>۰/۸۷۶۸ ۷/۱۲۴۷</td>
<td>۹/۳۲۳۸ ۵/۸</td>
<td>۰/۸۷ ۷/۱۲۴۷</td>
<td>۹/۳۲۳۸ ۵/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>همسران عادی</td>
<td>۰/۸۳۱۵ ۷/۱۰۷</td>
<td>۴/۹۷۹۲ ۳/۷۲۱۰</td>
<td>۰/۸۳۱۵ ۷/۱۰۷</td>
<td>۴/۹۷۹۲ ۳/۷۲۱۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲ مقایسه دو گروه آزمونی در سه مقیاس روایی

<table>
<thead>
<tr>
<th>مقیاس‌های روایی</th>
<th>همسران جوانان</th>
<th>همسران عادی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سطح معناداری</td>
<td>تعداد</td>
<td>میانگین</td>
</tr>
<tr>
<td>L</td>
<td>۸۰/۰۰ ۰/۶۷</td>
<td>۸/۰۰ ۰/۶۷</td>
</tr>
<tr>
<td>F</td>
<td>۸۰/۰۰ ۰/۶۷</td>
<td>۸/۰۰ ۰/۶۷</td>
</tr>
<tr>
<td>K</td>
<td>۸۰/۰۰ ۰/۶۷</td>
<td>۸/۰۰ ۰/۶۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

دهان طور که ملاحظه می‌گردد می‌گردد بین دو گروه آزمونی از نظر میزان هر یک از اختلالات خود بیمار انجاری، افسردگی، هیپوپنیا، ضعف روایی، اسکیزوپرفسیا و هیپومنی در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد و از آنچه می‌گردد می‌گردد پیشنهاد که همسران جوانان قطع نخاع در این میانگین معیار بالاتر از همسران عادی است می‌توان نتیجه گرفت که میزان این شش اختلال بالاتری در همسران جوانان با طرز معنادار بالاتر از همسران عادی است. همچنین در سطح معیار اجتماعی-روایی و پارانویا بین دو گروه آزمونی تفاوت معنادار ملاحظه نگردیده؛ بنده میزان این افراد عادی در گروه همسران جوانان و همسران عادی یکسان است.

بحث

یافته‌های روایی (L, F, K)

همسانگان افراد عادی در مقیاس با همسران جوانان در مقیاس (L, F, K) میانگین اختلال بالاتری در همسران عادی بوده و این تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنادار است و نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمونی از نظر میزان صحت و صادقیت تفاوت معنادار وجود ندارد. اما از نظر میزان ارائه تصویر مطلوب از خود و انتشار مشکلات، همسران افراد عادی یکپارچه از همسران جوانان به این کار مبادرت می‌ورزند.
نمرو نسبتاً زیاد در مقیاس K می‌تواند مشکلات در روابط اجتماعی، فقدان توانمندی در نظم و کنترل زندگی و تمایل به کسب اطمینان و تایید اجتماعی را در هر دو گروه مطرح می‌سازد. به علاوه، چون نمرو می‌بایست شده برای هر دو گروه بین 50 تا 65 قرار دارد می‌توان گفت که هر مشکلات در مراقب‌های اثر به‌خش روان‌شناسی برای آزمون‌های موثر و منفی خواهد بود. پیش‌آمدهای مشابه در کودک‌ها و نشان دهنده تمایل آزمون‌دهندگان به همکاری‌های برخوردار است. به‌علاوه به‌نظر می‌رسد که نمرو روانی نشان دهنده به‌علاوه علائم مشابه نمرو روانی و دست آمده مشابه نمرو روانی کارکنان و افرادی است که به‌شکل اخلاقی هستند و تمایل دارند. نخست، ضعف خود را انسان کند [۲۴ و ۲۵].

نمرو روانی
نتایج به دست آمده از نمرو روانی آزمون‌دهندگان های روایی به شرح زیر است [۲۴ و ۲۵].

جدول ۳ مقایسه دو گروه آزمون‌دهنده در هشت مقیاس پایلینی آزمون MMPI

<table>
<thead>
<tr>
<th>مقياس‌های پایلینی</th>
<th>همسران عادی</th>
<th>همسران جایزه</th>
<th>کروهوفا</th>
<th>محتاج</th>
<th>محتاج</th>
<th>محتاج</th>
<th>محتاج</th>
<th>محتاج</th>
<th>محتاج</th>
<th>محتاج</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خودبیان نگر (Hs)</td>
<td>۴/۰۰</td>
<td>۸/۲۸</td>
<td>۸/۰۵</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>افسردگی (D)</td>
<td>۳/۰۷</td>
<td>۳/۰۷</td>
<td>۲/۰۷</td>
<td>۱/۰۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>هستی (Hy)</td>
<td>۹/۰۰</td>
<td>۹/۰۰</td>
<td>۹/۰۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انحراف اجتماعی روایی (Pd)</td>
<td>۳/۰۴</td>
<td>۳/۰۴</td>
<td>۲/۰۴</td>
<td>۱/۰۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ضعف روایی (Pa)</td>
<td>۷/۰۰</td>
<td>۷/۰۰</td>
<td>۷/۰۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اسکیوزفیا (Sc)</td>
<td>۴/۰۰</td>
<td>۴/۰۰</td>
<td>۴/۰۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>هپرمانی (Ma)</td>
<td>۰/۰۰</td>
<td>۰/۰۰</td>
<td>۰/۰۰</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

با توجه به نمرو متوسط این مقیاس در هر دو گروه می‌توان گفت که در گروه آزمون‌دهنده، بیشتر از میانگین نمرو است. در مقیاس F هر دو گروه، نمرو پایین‌تر کسب کردند، بیشتر معنای که تمایل دارند تا حضوری تصور خوب از خود نشان دهند و رسوخ و آزادی اجتماعی را رعایت کنند. همچنین با توجه به پایین‌تر بودن نمرو F از نمرو میانگین شده ۵۰ در نمرو روانی (۰<۵۰) می‌توان گفت که هر دو گروه آرام و تراسکو و دارای علایق محدود هستند. در مقیاس K نیز هر دو گروه نمرو بالا کسب کرده‌اند و تفاوت معنادار بین دو گروه مورد تأیید قرار گرفته است. بر این اساس رفتار تاریک، معنی کننده توانمندی در تحمل مشکلات بودن بیشتر به آنها را می‌توان برای آزمون‌دهندگان های روایی به‌ویژه در گروه عادی در نظر گرفت.
همسران جنابان به مراتب بیشتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند.

1. مقياس (Hs) هیپورکنی (یا خون بیمار انگیزی): در این مقياس آزمودنی‌ها گروه عادی در مقایسه با آزمودنی‌ها گروه جنابان، نمره پایین‌تر کسب کرده‌اند و نقاط بین دو گروه می‌خواندند اما. بر این با اساس می‌توان گفت که در گروه عادی، جستجو و چرخش و مسیری بسیار محدودیت با میکروب‌های با گروه جنابان بیشتر است. در مقابل، گروه همسران جانابان از نظر این مقياس بالاتری کسب کرده است و این میانگین نشان مده که همسران جانابان بیشتر تمایل دارند تا درگیر‌ شاید باعث خود را در قابل مشکلات جسمانی شکستن تن. در اختلال نیز وجود دار رها باید در نظر گرفته‌اند.

2. مقياس 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 فیتی نشان داد که همسران گروه عادی، زمینه تحریک‌های بیشتری در مقایسه با گروه همسران جانابان دارند. در مقابل، نظر می‌رسد گروه همسران جانابان به دلیل مشکلات و پیش‌برنامه نسبی مشکلات همسران خود، آستانه تحریک‌های بالاتر دارد. به علاوه اینکه خوش‌بین بودن و امیدواری به آینده در گروه همسران عادی از گروه همسران جانابان بیشتر است. در مجموع نظر می‌رسد آزمودنی‌های هر دو گروه، به ویژه گروه همسران جانابان، تا حدی افسردگی می‌باشد. لازم به ذکر است که در مطالعه ابعاد خانواده‌ای از فضای ناخالی و آشفتگی اعضا خانواده‌اش نیز کرده. همچنین چان [19] افسردگی را یکی از علاوه‌زنانی که دارای همسر مبتلا به ضایعه‌های ناخالی بودند، می‌دانند. شاید یکی از دایلایس‌فرسدرگ در آزمودنی‌ها، با ویژگی‌های فراموشی و مشکلات اجتماعی و اقتصادی جامعه‌مرتب‌بندی‌بده؛ همان‌گونه که در دیدگاه‌های سیستمی، تعامل اعضای خانواده و تأثیرپذیری آنها به عنوان محور معروف مصرف مطرح می‌شود [19, 5]. 

عملکرد گفت که میزان شاقول در گروه عادی، میزان شخصیت‌یابی و شفافیت، فشارها و استرس‌های متایتری را تحمل کرده، در طولین‌نی سختگی و فردگرایی را برای آن‌ها می‌توان پیش‌بینی کرد. همچنین، هدایت‌زا (۱۶) نیز در مطالعه‌های خود به این توجه را به دیده‌بودن که زنان، به ویژه زنان شاقول علاوه بر رویبودی با استرس‌های کاری مشابه با مردان، با فشارهای مضاعف و روش‌های حسینی که می‌توانند منجر به خستگی و فشار روانی و ضعف بر آن‌ها گردند. به علاوه همان‌گونه که پیرکید [۴۹] یه کرده‌اند، احساس

مانند آریوی و همسران

65

Downloaded from cpap.shahed.ac.ir at 10:59 IRST on Monday March 16th 2020
مراقبت نمره روانی همسران شاغل جابجایی نهاد نهادا به زبان شاغل جامعه عادی

احساس نسبی تا امتیاز و انرژی هستند و در توصیم
گری‌ها مشکل دارند. هم‌ارز و هم‌ارکالش[14] و
دباغی[17] در تحقيقات خود اشاره کرده‌اند که همسران
جانبه، طرف نهاد به لیل شماره‌ی نهاد از حد محیط
وبرای ثبات نهاد در خانواده از مشکلات به تنر
می‌برند و در روابط خود تحت فشار و روانی مضاعف
هستند.

(استکشف و هیپونومانی: نمره باینای
در رابطه با میزان و نشانگری یک ویژگی است
که آزمودنی‌ها از درگیری‌های عاطفی اجتناب می‌کنند و
حساس هستند. این ویژگی‌ها به مراد و به طور متناهی
برای همسران عادی بیشتر قابل انتظار است.
همچنین تمامی به رفتارهای عادی مقررات و بیش از
حد کنترل کنند خود در رابطه به همسران عادی بیشتر از
گروه همسران جانبه مشاهده می‌شود.

یک در جواب به شیوه نشانه‌ای به راحتی در هر دو گروه
یک توان کفته سه شکلی در آزمودنی‌ها در
چارچوب مشکلات اضطراب‌یاب قابل بحث و بررسی است
و توانایی و گراپس سایکولوکی در آزمودنی‌ها دیده
می‌شود. در این چارچوب، آزمودنی‌ها لیگه، پرخاشگر
و شکا، به وضعیت قابل درک در چارچوب
مقررات اجتماعی و آموزش و رسم جامعه رفتار خود در
کنترل داشته باشند و درگیری‌ها عاطفی و برخی از
اجتناب کنند. یک توافق به برتری نمرات آزمودنی‌های
هر دو گروه در مقایسه‌ی با گروه
در نتیجه‌ی اجرای اختلال ای‌سرائیلی مربوط به نظر
رسد که این نمونه در برابر افزایش رفتارهای
جامعه‌ای در آنها زیاد باشد. در این عده،
میان‌های دفاعی انجام، دلیل تراشی و فراکسیون متدول
است. همچنین نیاز به توجه و محبت و هم‌ارکالش در
آزمودنی‌ها به شدت و مدار می‌باشد. علاوه بر این، مشکلات
خانوادگی، تأثیر یافتنی و اکثر مشکلات مربوط به
در هر دو گروه قابل انتظار است. به طور کلی تحقيق
حاضر نشان داد که در همسران داوطلبین جنگ به دلیل
نتایج و عدم تعلیم و همسوسازی خانواده در بروز
چنین مشکلاتی تأثیر کلی است.

۳ مقدای هیپونومانی (هیپستراتی): یک بخشی از گروه
در مقایسه‌ی با گروه
تقریباً در حد محویت از این چنین و
تخاطر بین در هر گروه متدول است و گروه
جانبه، میانگین نمره بیشتر کسب کرده‌اند. بر این
اسوس، گروه همسران جانبه در فعالیت‌های اجتماعی
مدیریت با گروه‌های متدول و فعالیت
بیشتر نشان می‌دهند. شاخص دلیل مشارکت بیشتر
همسرا جانبه با جامعه، ناشی از مشکلات و
محدودیت‌های جسمانی و روانی شورانگیز باشد و
همین ویژگی موجب می‌شود که همسران جانبه تنها
فعالیت و مشارکت اجتماعی بیشتر نشان دهد.
و کمیت فعالیت‌های خانواده و زوج را کاهش دهد.

۴ مقدای (آخرین اجتماعی-روانی): در مقایسه‌ی
میانگین نمره همسران جانبه با گروه
عادی بالاتر است. ولی این تفاوت معتدل نیست. بر این
اسوس می‌توان گفت که توانایی‌های اجتماعی
برخاشگر، در مواردی سرکش و نمی‌توانند در همسران هر
چه در هر قابل انتظار است. ویژگی‌ها و همکاران او
[18] نیاز تحقق خوداعی‌های مجزه به‌مانند و
محدودیت‌های اجتماعی را در گروه همسران جانبه
ملاحظه کرده‌اند.

۵ مقدای (بانوانی‌): یک توافق به میانگین نمرات در
هر دو گروه در مقایسه‌ی با گروه
در نتیجه‌ی اجرای اختلال ای‌سرائیلی مربوط به نظر
رسد که این نمونه در برابر افزایش رفتارهای
جامعه‌ای در آنها زیاد باشد. در این عده،
میان‌های دفاعی انجام، دلیل تراشی و فراکسیون متدول
است. همچنین نیاز به توجه و محبت و هم‌ارکالش در
آزمودنی‌ها به شدت و مدار می‌باشد. علاوه بر این، مشکلات
خانوادگی، تأثیر یافتنی و اکثر مشکلات مربوط به
در هر دو گروه قابل انتظار است. به طور کلی تحقيق
حاضر نشان داد که در همسران داوطلبین جنگ به دلیل

منابع

1. آزاد حسین (۱۳۷۴). خلاصه اولین سمینار استرس پیامدهای زن‌های - تهران: انتشارات علی‌یاری.

2. هدادی حسینی‌زاده، محمود (۱۳۷۸). اثر استرس تنا(shared stress) بر روی مشکلات و خانواده انگلیسی زبان. تهران، انتشارات دانشگاه تربیت معلم تهران.


11. قربانی، یکتا (۱۳۸۷). خلاصه اولین سمینار استرس پیامدهای زن‌های - تهران: انتشارات علی‌یاری.


14. خسروی، زهره (۱۳۷۸). تاثیر تنش و اضطراب بر روی خانواده ایرانیان. تهران، انتشارات دانشگاه تربیت معلم تهران.


16. شیفتی، محمد تقی (۱۳۷۸). بررسی مفاهیم اجتماعی و طرفداری رویکرد عاطفزیکی در دهه آخر قرن بیستم. مجموعه مقالات محاسبه‌زندگی در پژوهش‌های نوین. پژوهشی-هست. انتشارات دانشگاه تربیت معلم تهران (سپری).

17. دباغی، پوری (۱۳۷۹). بررسی تأثیر اخذالست پس از ضریب ناشی از جراحه بر سلامتی و رضایت نهنگزی زنان و زنان مسیحی و مشکلات رفاهی زنان در سیستم خانواده‌های دانشگاه تربیت پزشکی ایران. تهران، انتشارات دانشگاه تربیت معلم تهران.


20. مهینی، محمدعلی (۱۳۷۴). مفهوم‌سازی و تعریف مرحله‌های آموزشی بیشماری به بازنشستگان پس از جراحه با استفاده از آزمون‌های PTSD. مجموعه مقالات سومین همایش پزشکی-هست. پژوهش و عصب.


مقایسه نمره روانی همسران شاغل چانزایان قطع نخاع با زنان شاغل چانزایان غیرقابل قطع نخاع

27. غدورزیونچیان، سیاوش (1311) پژوهش در ارزیابی تشخیصی چانزایی استرسی فرم فارسی مالت و پرسشنامه استرسی کارشناسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران

28. مونی زاده، سیروس (1378) (ویرایش و مقاله تشخیصی کلینیک اختلال استرس پس از شربه با میزان‌های تست MMPI و پرسشنامه کارشناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی

29. اخوان، و.ال. (1359) پژوهش در ارزیابی تشخیصی پرسشنامه شخصیت چند جنبهی سیستم، مجله تازه‌های روانپزشکی سال سوم

24. جان گری‌ام (ترجمه حمید بطیعی، و موسی کنافی، 1379) راهنمای MMPI-2 ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات ارجمان

25. داک ورت، چ. سی. و اندرسون، پ. (1378) راهنمای تشخیصی MMPI و MMPI-2 برای مشاوران و متخصصان بالینی، ترجمه حسن شریفی‌پاشا و محمودوگنا نیکن‌یار، انتشارات سخن، تهران

26. اخوان، و.ال. و جمال، احمد (1361) ویرایش و پژوهش روانی نمونه‌ای از زندگی‌گاه جنگ جنگ جنگ ایران و عراق، مجله نظام پزشکی، سال هشتم، شماره 4، 1417-1418

دانشگاه شهید چهاردانگه