

مقاله‌ی پژوهشی

سطح هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی مراقب در همسران جانبازان بستری در بخش روان پزشکی و ارتباط آن با میزان بستری مجدد

خلاصه

* علی منطقی

مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری،
استادیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

پریا حیرانی

مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری،
دانشیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

علی اکبر ثمری

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی کاشمر،
دانشجوی دکترای روان شناسی سلامت

اعظم السادات حیدری

دستیار روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: پژوهش حاضر جهت بررسی سطح هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی مراقب در همسران جانبازان و ارتباط آنها با میزان بستری مجدد جانبازان انجام شده است.

روش کار: این پژوهش مقطعی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۵۰ نفر از جانبازان بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن سینا و همسران شان انجام شده است. تشخیص اختلال روان پزشکی جانبازان در ابتدای بستری بر اساس مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختار یافته و ملاک‌های طبقه‌بندی آماری تشخیصی اختلالات روانی ویرایش چهارم تشخیص گذاشته و شدت بیماری توسط مقیاس تاثیر کلی بالینی ارزیابی شد. آزمون افسردگی بک، پرسش‌نامه‌ی فشار روانی خانواده و مقیاس سطح هیجان ابراز شده در همسران تکمیل شد. در پیگیری ۶ ماهه، میزان بستری مجدد جانبازان بررسی شد. داده‌ها توسط آزمون همبستگی، من‌ویتنی و تحلیل واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: افسردگی خفیف در همسران به میزان ۴۲٪، افسردگی متوسط ۲۶٪ و افسردگی شدید ۸٪ دیده شد. همچنین فشار روانی شدید در ۵۲٪ و هیجان ابراز شده‌ی بالا در ۱۴٪ همسران دیده شد. میانگین تعداد بستری جانبازان در پیگیری ۶ ماهه $1/28 \pm 1/6$ بار بود. میانگین فشار روانی خانواده در همسران $10/49 \pm 31$ بود. نمره‌ی افسردگی بک، فشار روانی، سطح هیجان ابراز شده و زیرگروه‌های آن در همسران با تعداد دفعات بستری جانبازان رابطه‌ی معنی‌داری نداشتند (به ترتیب با P معادل ۰/۱۹، ۰/۹۲ و ۰/۶۷).

نتیجه‌گیری: سطح هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی همسران جانبازان با تعداد بستری مجدد جانبازان ارتباط آماری معنی‌داری ندارد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، جانباز، مراقب، همسر، هیجان ابراز شده

* مولف مسئول:

ایران، مشهد، میدان بوعلی، بلوار حر عاملی،
بیمارستان روان پزشکی ابن سینا، مرکز تحقیقات

روان پزشکی و علوم رفتاری

تلفن: ۰۵۱۱۷۱۲۴۱۸۴

ahkoundpourmanteghia@mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۹/۱۵

تاریخ تایید: ۱۳۸۸/۱۲/۱۰

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. در انجام این طرح هیچ حمایت مالی از نهادهای دولتی و غیردولتی دریافت نشده است.

Original Article

Level of expressed emotion, depression and caregiver burden in wives of veterans admitted in psychiatric ward and their relationship with readmissions

Abstract

Introduction: The present study was planned to evaluate the level of expressed emotion (EE), depression and caregiver burden in wives of veterans admitted in Ibn-e-Sina psychiatric hospital and determine the relationship with number of readmissions in 6-month follow up.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 50 veterans hospitalized in Ibn-e-Sina psychiatric hospital and their wives in 2008. Psychiatric disorders had been diagnosed based on semi structural clinical interview and DSM-IV-TR diagnostic criteria and the severity of illnesses was assessed with clinical global impression scale (CGI-S). Beck depression inventory (BDI), family burden interview scale (FBIS) and the level of expressed emotion (LEE) tests were performed for wives. The number of readmission of veterans was assessed 6 months later. Data were analyzed by Pearson correlation, Mann-Whitney and ANOVA tests.

Results: It was shown that 42% of wives had mild depression, 26% had moderate depression and 8% had severe depression. Also 52% of them were suffering from severe caregiver burden and 14% had high EE. Veterans' average number of readmission in 6 months follow up was 1.6 ± 1.28 . The average of FBIS scores in wives was 31 ± 10.49 . There was no significant relationship between average of LEE ($P=0.67$), BDI ($P=0.19$) and FBIS ($P=0.92$) scores and LEE subsets in wives with the number of veterans' readmissions.

Conclusion: The level of expressed emotion, depression and caregiver burden in wives are not related with the number of readmission in veterans admitted in psychiatric hospital in Iran.

Keywords: Caregiver, Depression, Expressed emotion, Veteran.

*Ali Manteghi

Psychiatry and Behavioral Sciences
Research Center, Assistant professor
of psychiatry, Mashhad University of
Medical Sciences

Paria Hebrani

Psychiatry and Behavioral Sciences
Research Center, Associate professor
of psychiatry, Mashhad University of
Medical Sciences

Ali Akbar Samari

Instructor of Azad University of
Kashmar, Student for Ph.D. in health
psychology

Azam Sadat Heydari

Resident of psychiatry, Mashhad
University of Medical Sciences

*Corresponding Author:

Psychiatry and Behavioral Sciences
Research Center, Ibn-e-Sina
hospital, Amel Blvd., Bu-Ali Sq.,
Mashhad, Iran.

ahkoundpourmanteghia@mums.ac.ir

Tel: +985117124184

Received: May 09, 2010

Accepted: Dec. 06, 2009

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Mashhad University of Medical Sciences. No grant has supported the present study and the author had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Manteghi A, Hebrani P, Samari AA, Heydari AS. Level of expressed emotion, depression and caregiver burden in wives of veterans admitted in psychiatric ward and their relationship with readmissions. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(1):410-9.

مقدمه

جنگ به عنوان یک عامل ایجاد آسیب روانی می‌تواند منجر به عوارض ناگواری در زندگی انسان‌ها شود. برخی از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی هم در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) و هم در بین اعضای خانواده‌ی آنان و به ویژه در بین همسران‌شان رایج است. در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی نقش هیجان ابراز شده^۲ (EE) را در عود اختلالات روان‌پزشکی بررسی کرده‌اند. هم‌چنین می‌توان انتظار داشت که مراقبت از یک بیمار مزمن که ممکن است اختلالات رفتاری جدی نیز داشته باشد باعث بروز فرسودگی مزمن در مراقبان وی گردد (۳-۱).

در تحقیقی که با عنوان بررسی بهداشت روان در جانبازان و همسران آنان در استان قم توسط بحرینیان و برهانی روی ۲۵۰ جانباز و همسر جانباز انجام شد، آزمون بک میزان افسردگی جانبازان را ۹۶/۳ درصد و میزان افسردگی همسران‌شان را ۸۸/۹ درصد نشان داده است (۴).

در مطالعات مختلف، فرسودگی مراقب بیمار با نتایج روان‌شناختی ضعیف‌تر و کاهش کیفیت زندگی بیماران جسمی و روانی و عاقبت ضعیف جسمی و روان‌شناختی برای مراقب همراه بوده است (۵-۱۰). پرلیک^۳ اثرات فشار روانی مراقب را بر نتیجه‌ی بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ارزیابی کرد. ارتباط بین فشار روانی مراقب و پذیرش دارویی بیمار در پیگیری ۷ ماهه و نتیجه‌ی بالینی در پی‌گیری ۱۵ ماهه معنی‌دار نبود (۱۱). نویدیان، سالار، هاشمی‌نیا و کیخایی مطالعه‌ای با عنوان فرسودگی و خستگی روانی مراقبان خانوادگی بیماران روانی انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که از مجموع مراقبان، ۲۶/۴ درصد فرسودگی و خستگی روانی خفیف، ۶۰/۸ درصد فرسودگی و خستگی متوسط و ۱۲/۸ درصد فرسودگی و خستگی شدید دارند. مراقبان بیماران با طول مدت بیماری طولانی‌تر و دفعات متعدد بستری در بیمارستان، بیشتر از سایرین فرسودگی و خستگی روانی داشتند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (۱۲).

دهقانی ۱۰۹ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی را از نظر هیجان ابراز شده‌ی خویشاوندان و عود بیماری (بستری مجدد) در طی ۹ ماه مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان دادند که میان هیجان ابراز شده‌ی خویشاوندان و عود رابطه‌ی معنی‌داری در سطح $P < 0.05$ وجود دارد و در بین مولفه‌های EE نیز مولفه‌ی مزاحمت و مداخله‌گری دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد (۱۳). باروکلو، گریگ و تاریر^۴ میزان هیجان ابراز شده‌ی خویشاوندان بیماران مبتلا به PTSD و ارتباط آن با نتیجه‌ی بالینی بیماران را بررسی کردند. نتایج ارزیابی ۶ و ۱۲ ماه بعد نشان داد که میزان EE نتیجه‌ی بالینی را پیش‌بینی می‌کند (۱۴). ارزش پیش‌گویی‌کننده‌ی EE در عود سایر اختلالات روان‌پزشکی نیز بررسی شده است. هولی، اورلی و تیسدال^۵ مطالعه‌ای در مورد بیماران افسرده‌ی بستری انجام دادند. میزان عود ۵۱ درصد و میزان بستری ۱۸ درصد گزارش شد و میزان برخورد‌های انتقادگرانه به طور معنی‌داری با عود همراهی داشت (۱۵). در مطالعات متعدد دیگری که به بررسی میزان EE در خویشاوندان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پرداخته‌اند، میزان خویشاوندان دارای EE بالا از ۴۰ درصد تا ۸۷ درصد گزارش شده است (۲۰-۱۵).

لذا پژوهش حاضر به بررسی سطح هیجان ابراز شده، افسردگی و فرسودگی در همسران جانبازان و ارتباط آن با میزان بستری جانبازان می‌پردازد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی می‌باشد که ۵۰ نفر از جانبازان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد و همسران آنان را در سال ۸۸-۱۳۸۷ مورد بررسی قرار می‌دهد. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد سن ۲۵ تا ۶۰ سال، سابقه‌ی بستری در بیمارستان ابن‌سینا، دریافت حداقل ۱۰ درصد جانبازی اعصاب و روان از بنیاد جانبازان، گذراندن قسمت عمده‌ی هفته (حداقل ۵ روز) در منزل، بودند. جانبازان مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) وارد طرح شده و در صورتی که دچار سایکوز یا اختلال

^۱ Post Traumatic Stress Disorder^۲ Expressed Emotion^۳ Perlick^۴ Barrowclough, Gregg and Tarrier^۵ Hooley, Orley and Teasdale

روان‌پزشکی استفاده می‌گردد. CGI دارای سه قسمت ارزیابی شدت بیماری، بهبودی کلی و پاسخ درمانی است که در هر قسمت جداگانه نمره‌گذاری می‌شود. دو قسمت اول بیشترین کاربرد را در جایگاه تحقیقاتی و بالینی دارد (۲۱).

LEE: برای تعیین سطح هیجان ابراز شده از آزمون ساخته‌ی کول و کازاریان استفاده شد. این ابزار که برای اولین بار در ایران توسط دهقانی ترجمه و روایی درونی آن به روش آلفای کرونباخ تعیین گردیده است، ابرازی مدادی-کاغذی و شامل ۶۰ ماده با پاسخ بلی-خیر و مطابق با ساختار هیجان ابراز شده است. در این آزمون علاوه بر نمرات چهار زیرمقیاس، یک نمره‌ی کل نیز به دست آمده و نمرات بالا مشخص‌کننده‌ی سطوح بالای هیجان ابراز شده می‌باشند. نقاط برش آن به این صورت گزارش شده است: نمرات کمتر از ۲۹ نشانگر هیجان ابراز شده‌ی پایین، ۲۹ تا ۳۷/۵، هیجان متوسط و بیش از ۳۷/۵ نشانگر هیجان ابراز شده‌ی بالا می‌باشد (۱۳).

FBIS: این پرسش‌نامه فشار روانی خانواده را در ۸ زمینه ارزیابی می‌کند که شامل ارتباط با فرد بیمار، امور مالی، فعالیت‌های زندگی روزمره، نظارت، تاثیر بر نظم زندگی روزانه، نگرانی‌های خانواده نسبت به بیمار، احساسات و هیجانات فرد مراقب نسبت به بیمار و برچسب‌های اجتماعی می‌باشند. هر یک از پرسش‌ها به صورت شدید (=۲)، متوسط (=۱) یا بدون فشار (= صفر) نمره‌گذاری می‌شوند. بالاترین نمره ۴۸ می‌باشد و به این صورت تقسیم‌بندی می‌گردد: ۱۶-۰ کم، ۳۲-۱۷ متوسط، ۴۸-۳۲ شدید. ترجمه‌ی آن توسط ربابه نوری قاسم‌آبادی انجام شده است و به نقل از دکتر ملکوتی پایایی درونی فرم ایرانی آن ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۲). تکمیل این پرسش‌نامه نیاز به ۱۵ الی ۳۰ دقیقه زمان بر حسب توان و وضعیت بیماران دارد (۲۳).

BDI: در مجموع ۲۱ نشانه در آن گنجانیده شده و از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که شدت این نشانه‌ها را روی یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کنند. یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است. در ایران نیز گودرزی در گروهی از

شناختی جدی بودند از طرح خارج گردیدند. اختلالات روان‌پزشکی در جانبازان طی مصاحبه توسط دو نفر روان‌پزشک به طور جداگانه بر اساس بازنگری چهارمین ویرایش کتابچه‌ی تشخیصی و درمانی اختلالات روانی^۱ (DSM-IV-TR) ارزیابی و تشخیص‌گذاری شد و شدت بیماری آنان در ابتدای بستری توسط مقیاس کلی بالینی^۲ (CGI-S) تعیین شد. پس از توضیح کامل طرح به جانبازان و همسران‌شان در صورت رضایت آنان به مشارکت در طرح پژوهشی، پرسش‌نامه‌ها به ترتیب زیر توسط روان‌شناس همکار طرح تکمیل گردید. پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی شامل سن و میزان تحصیلات جانباز و همسرش، درصد جانبازی، تعداد فرزندان، میزان درآمد ماهیانه و مدت حضور در جبهه برای هر یک از جانبازان تکمیل گردید. میزان افسردگی همسران جانبازان با آزمون افسردگی بک^۳ (BDI) و میزان فرسودگی مراقب آنان با پرسش‌نامه‌ی فشار روانی خانواده^۴ (FBIS) سنجیده شد. برای سنجش میزان هیجان ابراز شده‌ی همسر جانباز، مقیاس سطح هیجان ابراز شده^۵ (LEE) انجام شد. در طی مدت نمونه‌گیری ۵۰ نفر از جانبازان و همسران آنان مورد بررسی کامل قرار گرفتند. هر جانباز به مدت ۶ ماه پس از ترخیص به صورت حضوری یا تلفنی پی‌گیری شد. در صورت بستری مجدد، با بیمار مصاحبه می‌گردید و تست CGI-S تکمیل می‌شد. پس از پی‌گیری ۶ ماهه، نتایج آزمون‌ها و تعداد بستری هر جانباز جهت تحلیل آماری آماده گردید. برای مقایسه‌ی شدت افسردگی، هیجان ابراز شده و فشار روانی همسران جانبازان در دو گروه جانبازان با و بدون بستری مجدد از آزمون من‌ویتنی و برای سنجش ارتباط نمره‌ی آزمون‌های فشار روانی خانواده، افسردگی بک، هیجان ابراز شده و زیرآزمون‌های هیجان ابراز شده‌ی همسران جانبازان با تعداد بستری مجدد جانبازان از آزمون همبستگی استفاده گردید. CGI: به‌طور گسترده برای ارزیابی بالینی اختلال‌های

¹Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th edition-Text Revision

²Clinical Global Impression

³Beck Depression Inventory

⁴Family Burden Interview Scale

⁵The Level of Expressed Emotion

دانشجویان دانشگاه شیراز ضریب همسانی درونی را برای این پرسش‌نامه گزارش نموده و روایی آن را از طریق محاسبه‌ی ضریب همبستگی آن مورد بررسی و تایید قرار داده است. نقطه‌ی برش آن در ایران به این صورت می‌باشد: ۱۵-۰ بدون علامت، ۳۰-۱۶ خفیف، ۴۶-۳۱ متوسط، ۶۳-۴۷ شدید (۲۴).

نتایج

در این پژوهش ۵۰ نفر از جانبازان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی این‌سینا و همسران‌شان وارد مطالعه شدند. میزان هیجان ابراز شده، افسردگی و فشار روانی در همسران جانبازان ارزیابی و ارتباط آن با میزان بستری مجدد جانبازان در طول ۶ ماه آینده بررسی گردید. توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت‌شناختی جانبازان بستری و همسران‌شان در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱- توزیع مشخصات جمعیت‌شناختی جانبازان بستری در

بیمارستان این‌سینا و همسران‌شان				
مشخصات	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن جانباز (سال)	۳۴	۵۶	۴۳/۷۰	۴/۶۳
سن همسر (سال)	۲۵	۵۵	۴۰/۱۸	۵/۸۰
درصد جانبازی	۱۰	۷۰	۲۰/۵۰	۱۳/۶۳
تعداد فرزندان	۱	۸	۳/۴۰	۱/۵۹
حضور در جبهه (ماه)	۳	۷۳	۲۳/۶۰	۱۶/۵۹

اکثر جانبازان (۴۴٪) و همسران‌شان (۳۶٪) سطح تحصیلات در حد سیکل داشتند و میزان درآمد ماهیانه ۴۲ درصد از جانبازان کمتر از ۲ میلیون ریال بود.

توزیع فراوانی مطلق و نسبی میانگین و انحراف معیار آزمون‌های CGI-S, LEE, FBIS, BDI و زیرآزمون‌های LEE در همسران جانبازان بستری در بیمارستان این‌سینا در جدول (۲) نشان داده شده است.

جهت انجام تحلیل آماری دقیق‌تر، جانبازان بر اساس تشخیص اختلال روان‌پزشکی در ۴ دسته‌ی تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (۲۸٪)، اختلال استرس پس از سانحه به همراه اختلال افسردگی اساسی^۱ (PTSD+MDD) (۲۲٪)،

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار آزمون‌های فشار روانی خانواده، افسردگی بک، هیجان ابراز شده و زیرآزمون‌های هیجان ابراز شده در همسران و مقیاس تاثیر کلی بالینی جانبازان بستری در بیمارستان این‌سینا

آزمون	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
فشار روانی خانواده	۷	۴۸	۳۱/۰۰	۱۰/۴۹
افسردگی بک	۰	۵۹	۲۴/۶۰	۱۴/۲۶
هیجان ابراز شده	۲	۵۲	۱۹/۴۸	۱۳/۷۳
مزاحمت و مداخله‌گری	۲	۱۲	۶/۶۲	۳/۲۰
پاسخ هیجانی	۰	۱۴	۵/۲۴	۴/۲۰
نگرش منفی	۰	۱۴	۳/۴۴	۳/۴۸
تحمل پایین/انتظار بالا	۰	۱۴	۴/۱۸	۴/۱۴
مقیاس تاثیر کلی بالینی	۱	۶	۴/۶۰	۱/۱۰

اختلال خلقی دوقطبی^۲ (BMD) (۲۰٪) و سایر تشخیص‌ها (۳۰٪) قرار گرفتند. جانبازان مورد پژوهش به مدت ۶ ماه پس از ترخیص پیگیری و تعداد بستری آن‌ها در طول مدت پیگیری ثبت گردید. حداقل تعداد بستری مجدد صفر و حداکثر آن ۷ نوبت در طی ۶ ماه بود.

میانگین تعداد بستری $1/6 \pm 1/28$ مرتبه بود. شدت افسردگی، هیجان ابراز شده و فشار روانی همسران جانبازان در دو گروه با و بدون بستری مجدد در جدول (۳) آمده است. طبق آزمون من‌ویتنی بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

جدول ۳- شدت افسردگی، هیجان ابراز شده و فشار روانی

همسران جانبازان در دو گروه جانبازان با و بدون بستری مجدد

متغیر		بستری مجدد		کل	آمار
		+	-		
افسردگی	بی علامت	(۱۲)۶	(۱۲)۶	(۲۴)۱۲	
	خفیف	(۳۴)۱۷	(۸)۴	(۴۲)۲۱	$P=0/08$
	متوسط	(۱۴)۷	(۱۲)۶	(۲۶)۱۳	$Z=6/62$
	شدید	(۲)۱	(۶)۳	(۸)۴	
هیجان ابراز شده	پایین	(۴۸)۲۴	(۲۶)۱۳	(۷۴)۳۷	$P=0/52$
	متوسط	(۸)۴	(۴)۲	(۱۲)۶	$Z=1/27$
	بالا	(۶)۳	(۸)۴	(۱۴)۷	
فشار روانی	کم	(۴)۲	(۸)۴	(۱۲)۶	$P=0/08$
	متوسط	(۳۰)۱۵	(۶)۳	(۳۶)۱۸	$Z=4/89$
	شدید	(۲۸)۱۴	(۲۴)۱۲	(۵۲)۲۶	

²Bipolar Mood Disorder (BMD)

¹ Major Depressive Disorder

جدول ۴- ضریب همبستگی نمره‌ی آزمون‌های فشار روانی خانواده، افسردگی بک، هیجان ابراز شده و زیرآزمون‌های هیجان ابراز

شده‌ی همسران جانبازان با تعداد بستری مجدد جانبازان به تفکیک تشخیص

تشخیص	PTSD	MDD+PTSD	BMD	سایر تشخیص‌ها	کل
آزمون	همبستگی	آماره	همبستگی	آماره	همبستگی
فشار روانی	۰/۳۲	۰/۲۶	-۰/۴۱	۰/۲۰	-۰/۱۹
افسردگی	۰/۲۸	۰/۳۱	-۰/۱۱	۰/۷۳	-۰/۳۸
هیجان ابراز شده	-۰/۱۸	۰/۵۳	۰/۱۸	۰/۵۸	-۰/۴۴
مزاحمت و مداخله‌گری	-۰/۲۰	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۰۳	-۰/۴۱
پاسخ هیجانی	-۰/۰۱	۰/۹۶	-۰/۰۵	۰/۸۸	-۰/۴۰
نگرش منفی	-۰/۲۰	۰/۴۷	-۰/۱۱	۰/۷۴	-۰/۳۸
تحمل پایین/انتظار بالا	-۰/۲۶	۰/۳۵	۰/۰۱	۰/۹۷	-۰/۴۲

اختلال استرس پس از سانحه = PTSD، اختلال افسردگی اساسی = MDD، اختلال خلقی دو قطبی = BMD، تحلیل آماری = آماره

متوسط و ۱۶/۷٪ شدید). در این بررسی در مجموع ۷۶٪ از همسران جانبازان افسرده بودند (۴۲٪ خفیف، ۲۶٪ متوسط و ۸٪ شدید) که با نتایج مطالعه‌ی بحرینیان مطابقت دارد (۴). هم‌چنین نتایج مطالعات جوردن، سولومون، وایس من^۱ و همکاران ایشان که میزان افسردگی و اختلالات روان‌شناختی بیشتری را در همسران افراد مبتلا به PTSD ناشی از جنگ گزارش کرده‌اند، با مطالعه‌ی ما همسو می‌باشد (۲۶، ۲۵، ۱). در مطالعه‌ی ما میزان افسردگی همسران با میزان بستری مجدد جانبازان مرتبط نبود. در جستجوی انجام شده در منابع اینترنتی مطالعه‌ای که میزان افسردگی همسران جانبازان را با میزان بستری جانبازان مقایسه نماید، یافت نگردید ولی می‌توان گفت که میزان افسردگی همسران بیش از آن که با تعداد بستری مجدد جانبازان مرتبط باشد، به علت جانباز شدن شوهر می‌باشد که زمینه‌ی ایجاد افسردگی را در همسر وی پدید آورده است و یا این که وجود علایمی مثل اضطراب، عدم تحمل ناکامی، میزان حمایت‌های اجتماعی پایین و ... در بستری مجدد نقش داشته است که در مطالعه‌ی حاضر به آن پرداخته نشده است.

در مطالعه‌ی ما میانگین آزمون FBIS در کل همسران جانبازان مورد بررسی $31/00 \pm 10/49$ بود (یک‌بار بستری $30/41 \pm 13/55$ و بیش از یک‌بار بستری $30/77 \pm 8/70$). نتایج نشان داد همسران جانبازانی که بستری مجدد نداشتند با همسران جانبازانی که بیشتر از یک بار بستری شدند از نظر

در جدول (۴) ضریب همبستگی نمره‌ی آزمون‌های LEE، BDI، FBIS و زیرآزمون‌های LEE در همسران جانبازان با تعداد بستری جانباز به تفکیک انواع تشخیص نشان داده شده است. در گروه تشخیصی PTSD+MDD، زیرآزمون مزاحمت و مداخله‌گری در همسران جانبازان با تعداد بستری جانبازان مرتبط و از نظر آماری معنی‌دار گزارش گردید ($P=0/03$). در گروه سایر تشخیص‌ها، با افزایش میزان نگرش منفی نسبت به بیماری، تعداد بستری جانبازان به صورت معنی‌داری افزایش می‌یافت ($P=0/04$).

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین تعداد بستری جانبازان در مدت ۶ ماه پی‌گیری $1/6 \pm 1/28$ مرتبه بود. هم‌چنین نتایج حاکی از آن بود که ۴۲ درصد از همسران دارای علایم افسردگی خفیف، ۲۶ درصد افسردگی متوسط و ۸ درصد دارای افسردگی شدید می‌باشند. میانگین آزمون FBIS در همسران جانبازان $31/00 \pm 10/49$ بود، ۵۲ درصد فشار روانی شدید و ۱۴ درصد هیجان ابراز شده‌ی بالا داشتند. میانگین آزمون‌های LEE، BDI، FBIS و زیرآزمون‌های LEE در همسران جانبازان با تعداد بستری جانبازان ارتباط آماری معنی‌داری نداشت (به ترتیب $P=0/67$ ، $P=0/19$ و $P=0/92$).

در تحقیق بحرینیان و برهانی مشابه مطالعه‌ی حاضر، میزان افسردگی همسران جانبازان با آزمون BDI سنجیده شد و ۸۸/۹٪ از آن‌ها علایم افسردگی داشتند (۶۰٪ خفیف، ۱۲/۲٪

¹Jordan, Solomon and Waysman

معنی‌داری یافت نشد. در مطالعه‌ی تاریخ و همکاران تقریباً نیمی از خویشاوندان بیماران مبتلا به PTSD به عنوان گروه با EE بالا شناخته شدند (۵۱٪) و هیچ‌یک از متغیرهای مرتبط با بیمار، تروما، درمان و یا خویشاوند به‌جز اظهارنظرهای انتقادی و خصومت، نتیجه‌ی بالینی را پیش‌بینی نمی‌کرد (۲۹).

هم‌چنین در پژوهش دهقانی بین هیجان ابراز شده‌ی خویشاوندان و عود اسکیزوفرنی رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. در بین مولفه‌های EE نیز مولفه‌ی مزاحمت و مداخله‌گری دارای تفاوت معنی‌دار بود (۱۳).

نتایج کلی این دو مطالعه با نتایج مطالعه‌ی ما متفاوت است که می‌تواند به دلیل تفاوت تشخیص بیماران مورد بررسی باشد. اما در مطالعه‌ی ما در گروه تشخیصی PTSD+MDD، رابطه‌ی زیرآزمون مزاحمت و مداخله‌گری در همسران جانبازان با تعداد بستری جانبازان از نظر آماری معنی‌دار گزارش گردید. همان‌گونه که در مطالعه‌ی دهقانی مولفه‌ی مزاحمت و مداخله‌گری دارای تفاوت معنی‌دار بود (۱۳). نتیجه‌ی مطالعه‌ی واقع و لفت^۲ نشان داد که EE، میزان عود را در بیماران مبتلا به افسردگی تک‌قطبی پیش‌گویی می‌کند (۶۷٪ عود در گروه EE بالا در مقایسه با ۲۲٪ در گروه EE پایین) (۳۰). در مطالعه‌ی ما نیز با اضافه شدن تشخیص MDD به PTSD، مولفه‌ی مزاحمت و مداخله‌گری در تعداد بستری جانبازان موثر می‌گردد.

همان‌گونه که در مطالعه‌ی هولی، اورلی و تیس‌دال در مورد بیماران افسرده میزان عود ۵۱ درصد و میزان بستری ۱۸ درصد گزارش شد و میزان برخوردهای انتقادگرانه به طور معنی‌داری با عود همراهی داشت (۱۵). در مطالعه‌ی اوکاشا^۳ و همکاران، همراهی بین EE و عود در افسردگی تأیید شد (۳۱). گرچه در این مطالعه، میزان انتقادگری عود را پیش‌بینی نمی‌کرد که البته عواملی هم‌چون تفاوت‌های فرهنگی و نوع روش این مطالعه می‌تواند این شکست را توجیه کند؛ زیرا آن‌ها هم بیماران افسرده‌ی تک‌قطبی و هم دوقطبی را وارد مطالعه کرده بودند در حالی که در مطالعات قبلی نمونه‌گیری به بیماران افسرده

میزان فشار روانی تفاوت معنی‌داری ندارند. هم‌چنین ۵۲٪ از کل همسران جانبازان مورد مطالعه فشار روانی شدیدی را تحمل می‌کردند. مطالعه‌ی مشابهی که میزان فشار روانی را در همسران جانبازان بررسی نموده باشد تاکنون در کشور انجام نشده ولی می‌توان به پژوهشی که توسط ملکوتی و همکاران در مورد فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی انجام شده و از تست FBIS استفاده گردیده است، استناد نمود (۲۲).

در مطالعه‌ی ایشان $24/1 \pm 2/4$ درصد مراقبان بیماران مزمن روانی دچار فشار روانی شدید بودند. تفاوتی را که در نتیجه‌ی این پژوهش با مطالعه‌ی حاضر دیده می‌شود می‌توان ناشی از متفاوت بودن نمونه‌های مورد پژوهش دانست.

در مطالعه‌ی ملکوتی ۵۸/۹ درصد مراقبان را زنان با میانگین سنی ۳۹/۱۲ سال و ۴۱/۱ درصد را مردان با میانگین سنی ۴۲/۵ سال تشکیل می‌دادند و بیشترین تعداد مراقبان، از گروه مادران بودند ولی در مطالعه‌ی ما همه‌ی مراقبان زن بوده و همگی آنان نقش همسری داشتند. بنا بر مطالعات مختلف، زنان بیشتر از مردان دچار تنش و فشار روانی به‌هنگام مراقبت می‌شوند زیرا از طرفی اغلب به‌عنوان مراقبان اولیه هستند، از طرف دیگر وجود فرزندان، موقعیت اجتماعی و نوع فشارها و تنش‌های زنان باعث می‌شود که میزان فرسودگی و خستگی در آن‌ها نسبت به مردان بیشتر باشد (۲۷).

بیکر^۱ معتقد است انجام امور مربوط به زندگی، شغل و نیز داشتن نقش‌های متعدد (همسری، والدینی و ...) باعث افزایش میزان فشار و خستگی در مراقب می‌گردد (۲۸). در تحقیق نویدیان، سالار، هاشمی‌نیا و کیخایی، مراقبان بیمارانی که طول مدت بیماری آنان طولانی‌تر و به دفعات متعدد در بیمارستان بستری شده بودند، بیشتر از سایرین فشار و خستگی روانی داشتند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود که با نتایج مطالعه‌ی ما هماهنگ می‌باشد (۱۲).

همان‌گونه که در نتایج ذکر گردید ۱۴ درصد از همسران جانبازان مورد مطالعه EE بالا داشتند و از نظر میزان هیجان ابراز شده و زیرآزمون‌های آن در دو گروه همسران جانبازان با یک‌بار بستری و بیش از یک‌بار بستری اختلاف آماری

^۲Vaughn and Left^۳Okasha^۱Baker

نهایت دقت به عمل آمد لیکن به طور دقیق قابل مقایسه با مطالعات خارج از کشور از جمله مطالعه‌ی باروکلو، گریگ و تاریر نبوده و نتایج متفاوت می‌نماید.

این مطالعه نخستین مطالعه در ایران است که به بررسی متغیرهای متعدد از جمله هیجان ابراز شده و فشار روانی همسران جانبازان اعصاب و روان پرداخته و ارتباط آن با عود و بستری مجدد جانبازان در دسته‌های تشخیصی مختلف را سنجیده است. یکی از محدودیت‌های مطالعه، ارتباط منافع بستری و میزان درصد جانبازی با امتیازات دریافتی از سوی بنیاد جانبازان است که سبب می‌گردد علایم ابراز شده توسط جانبازان از قابلیت اعتماد کمتری برخوردار باشد و این امر ممکن است روی نتایج مطالعه تاثیر گذاشته باشد. محدودیت دیگر مطالعه سطح تحصیلات پایین اکثر جانبازان و به خصوص همسران‌شان بود که انجام آزمون‌های مطالعه را با دشواری زیادی روبه‌رو می‌ساخت.

پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی با طول مدت پی‌گیری بیشتر و تعداد نمونه‌ی افزون‌تر انجام گردد تا نتایج بهتر و دقیق‌تری به دنبال داشته باشد. هم‌چنین کنترل سایر متغیرهای مداخله‌گر مثل اختلالات اضطرابی و نیز بررسی حمایت اجتماعی در نمونه‌های مورد پژوهش و انجام مصاحبه‌ی تشخیصی تکمیلی در همسران جانبازان می‌تواند مفید باشد.

تک قطبی محدود شده بود (۳۲). در مطالعه‌ی کرون‌مولر و همکاران EE همسران ارزیابی ولی به عنوان عامل پیش‌بینی-کننده‌ی نتیجه‌ی افسردگی اثبات نشد (۳۳).

در بین مطالعات مختلف، هی‌هورست و همکاران و فیدلر و همکاران هیچ‌کدام نتوانستند نتیجه را بر اساس سطح EE پیش‌بینی کنند (۱۸، ۱۹)، همان‌طور که در مطالعه‌ی ما میزان LEE به صورت کلی میزان عود افسردگی را پیش‌بینی نمی‌کرد. علت این پدیده را می‌توان چنین بیان نمود که انتقادگری می‌تواند نتیجه‌ی ادامه‌ی علایم افسردگی باشد. به عبارت دیگر یکی از عوارض شدت بیماری است تا این که به‌عنوان علت آن مطرح باشد.

در مطالعه‌ی باروکلو، گریگ و تاریر میزان هیجان ابراز شده‌ی خویشاوندان بیماران مبتلا به PTSD و ارتباط آن با نتیجه‌ی بالینی بیماران بررسی شد. نتایج ارزیابی ۶ و ۱۲ ماه بعد نشان داد که میزان EE نتیجه‌ی بالینی را پیش‌بینی می‌کند (۱۴). این نتیجه با نتایج ما متفاوت است زیرا گذشت زمان طولانی از جنگ و نیز وجود منافعی که با درصد جانبازی بیشتر کسب می‌شود، سبب شده است که برخی جانبازان، علایم بیماری خود را بیش از آن چه هست نشان دهند و ماهیت اختلال PTSD آنان از نمونه‌های سایر مطالعات متفاوت باشد. لذا با وجود این که در تشخیص PTSD نمونه‌های مورد مطالعه‌ی ما

References

1. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Hough RL, Weiss DS. Problems in families of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 916-26.
2. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the Vietnam War generation: Report on the findings from the National Vietnam Veterans Readjustment study. New York: Brunner/Mazel; 1990: 124-6.
3. Verbosky SJ, Ryan DA. Female partners of Vietnam veterans: Stress by proximity. *Issue Ment Health Nurs* 1988; 9: 95-104.
4. Bahreynian A, Borhani H. [Psychologic evaluation in the Qom combat veteran's wives]. *Journal of research in medicine* 2004; 27(4): 305-12. (Persian)
5. Draper BM, Poulos CJ, Colc AM, Poulos RG, Ehrlich R. A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 896-901.
6. Beckham JC, Burkner EJ, Rice JR, Talton SL. Patient predictors of caregiver burden, optimism and pessimism in rheumatoid arthritis. *Behav Med* 1995; 20: 171-8.

7. Loukissa DA. Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *J Adv Nurs* 1995; 21: 248-55.
8. Beckham JC, Lytle BL, Feldman ME. Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 1068-72.
9. Schulz R, Newsom J, Mittelmarm M, Burton L, Hirsch C, Jackson S. Health effects of caregiving. The caregiver health effects study: An ancillary study of the cardiovascular health study. *Ann Behav Med* 1997; 19: 110-6.
10. Vitaliano PP, Schulz R, Kiecolt-Glaser J, Grant I. Research on physiological and physical concomitants of caregiving: Where do we go from here? *Ann Behav Med* 1997; 19: 117-23.
11. Perlick A. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *J Psychiatr Serv* 2004; 55(9): 1029-35.
12. Navidian A, Salar A, Hasheminia A, Keikhaei A. [The burden of caregivers of chronic mental patients]. *Journal of Babul University of Medical Sciences* 2002; 12: 33-8. (Persian)
13. Dehghani SH. [Expressed emotion and sexuality]. *Journal of fundamentals of mental health* 2003; 6(19): 84-91. (Persian)
14. Barrowclough Ch, Gregg L, Tarrier N. Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients. *Behav Res Ther* 2008; 46: 207-18.
15. Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 642-7.
16. Hinrichsen GA, Pollack S. Expressed emotion and the course of late-life depression. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 336-40.
17. Hooley JM, Teasdale JD. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 229-35.
18. Hayhurst H, Cooper Z, Paykel ES, Vearnals S, Ramana R. Expressed emotion and depression. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 439-43.
19. Fiedler P, Backenstrass M, Kronmuller KT, Mundt Ch. [Expressed emotion (EE), Ehequalita` t und das Ru`ckfallrisiko depressiver patienten]. *Nervenarzt* 1998; 69: 600-8. (German)
20. Backenstrass M, Fiedler P, Kronmuller KT, Reck C, Mundt Ch. [Expressed emotions (EE) und eheliche interaktion: Eine prospektive studie mit depressiven patientenund ihren partner]. *Psychotherapie* 2000; 5: 92-9. (German)
21. Joan B, Steven D. The clinical global impression scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry* 2007; 7: 7.
22. Malakouti K, Noori R, Naghavi M, Ahmadi Abhari A, Nasr M, Afghah S, et al. [The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services]. *Journal of family research* 2003; 6(2): 277-87. (Persian)
23. Pai SH, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview Schedule. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 332-5.
24. Gudarzi M. [Psychometric properties of the Beck depression inventory in students of Shiraz University]. *Journal of Shiraz University of Sociology* 2001; 32: 25-34. (Persian)
25. Solomon Z, Waysman M, Levy G, Fried B, Mikulincer M, Benbenishty R, et al. From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Fam Proc* 1992; 31: 289-302.
26. Waysman M, Mikulincer M, Solomon Z, Weisenberg M. Secondary traumatization among wives of PTSD combat veterans: A family typology. *J Fam Psychol* 1993; 7(1): 104-18.
27. Maurin Judith T, Barmann Boyd C. Burden of mental illness on the family: A critical review. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4(2): 99-107.
28. Baker S. The relationship of self-care agency and self care actions to caregiver strain as perceived by female family caregivers of elderly parents. *J N Y State Nurs Assoc* 1997; 28(1): 7-11.
29. Tarrier N, Sommerfield C, Pilgram H. Relatives' expressed emotion and PTSD treatment outcome. *Psychol Med* 1999; 29: 801-11.
30. Vaughn C, Left J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15: 157-65.
31. Okasha A, Akabawi AS, Synder KS, Wilson AK, Youssef I, Dawla AS. Expressed emotion, perceived criticism and relapse in depression: A replication in an Egyptian community. *Am J Psychiatry* 1994; 51: 1001-5.

32. Hooley JM, Miklowitz DJ. Expressed emotion and depression in Egypt. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1240-6.
33. Kronmuller K. Expressed emotion, perceived criticism and 10-year outcome of depression. *Psychiatr Res* 2008; 159: 50-5.