

## مقایسه نیمرخ روانی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در همسران شهدا، جانبازان PTSD، و آزادگان

ابوالقاسم صادقی<sup>۱</sup>، محسن جدیدی<sup>۲\*</sup>، محمد مهدی شمسایی<sup>۳</sup>

۱) کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود گروه روان شناسی، شاهرود، ایران

۲) استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر گز، بندرگز، ایران.

۳) استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر گز، بندرگز، ایران.

\*نویسنده مسوول: [Jadidi.mohsen@gmail.com](mailto:Jadidi.mohsen@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله ۹۲/۹/۹ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۲/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله ۹۳/۱/۲۹

### چکیده

با پیشرفت سریع علم و فن آوری و پیچیده شدن اوضاع سیاسی و محیط اجتماعی، لزوم ایجاد و مدیریت تغییر سازمانی اهمیت ویژه ای یافته است. چنین روند رو به رشد به منظور تغییر سازمانی، نیاز به دانش و مهارت کافی برای بهبود و تکامل سازمانی را تشویق می نماید. مدیران با کسب آگاهی از نظریه‌های حوزه کسب و کار خود، یادگیری استفاده از فناوری‌های نو، توانمندسازی خود در تطبیق و اقتباس مهارت‌ها و استراتژی‌ها و پذیرا بودن تفکر خلاق می‌توانند به رهبران تغییر تبدیل شوند. هدف از انجام این پژوهش، بررسی تاثیر منابع قدرت مدیران با مقاومت کارکنان در برابر تغییرات سازمانی در حوزه معاونت اداری و مالی سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی می باشد. پژوهش حاضر از نوع توصیفی - پیمایشی و جامعه آماری آن شامل کلیه کارکنان معاونت اداری و مالی سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی به تعداد ۴۸۰ نفر می باشد. به منظور برآورد حجم نمونه از جدول کرجسی و مورگان استفاده گردیده که حجم نمونه بدست آمده برابر ۲۱۴ نفر می باشد. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد منابع قدرت با ضریب پایایی (آلفای کرانباخ) ۰/۸۷ و پرسشنامه محقق ساخته تاثیر منابع قدرت بر مقاومت کارکنان با ضریب پایایی (آلفای کرانباخ) ۰/۷۳ استفاده شده است. همچنین جهت تجزیه و تحلیل سوالات پژوهشی از آمار توصیفی و استنباطی (شامل تی تک گروهی و دانکن و ...) به کمک نرم افزار SPSS استفاده شده است. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که منابع قدرت مدیران بر مقاومت کارکنان در برابر تغییرات سازمانی تاثیر گذار است.

**کلید واژگان:** منابع قدرت، مقاومت کارکنان و تغییرات سازمانی

### مقدمه

حیطه مورد بررسی قرار داد. حوادث، وقایع و صحنه‌های خشونت‌آمیز و پراسترس جنگ که همراه با بار هیجانی و عاطفی منفی است منجر به از دست دادن سلامت روانی، جسمی، قطع عضو، معلولیت‌های مختلف حسی و حرکتی می‌گردد و هر یک از این موارد خود نیز زمینه‌ساز ابتلاء افراد به انواع اختلالات روانی به‌ویژه اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) می‌شود. بخش دیگری از واقعیت جنگ اسارت می‌باشد و فقدان حضور، بی‌خبری و جدایی فرد از خانواده اضطراب، نگرانی، استرس و مشکلات متعدد اجتماعی و اقتصادی را در مدت اسارت و حتی پس از پایان اسارت می‌تواند برای فرد و خانواده‌اش ایجاد نماید. شهادت و فقدان دائمی حضور فرد در خانواده واقعیت تلخ دیگری از جنگ است که والدین، همسر و فرزندان شهید

جنگ به عنوان یک عامل فشار روانی شدید، پیامدهای گسترده‌ی فردی، اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی دارد که در گستره‌ی نسل‌های متمادی تأثیرات چشمگیری بر روابط اعضای یک جامعه می‌گذارد. از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیر مستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. معمولاً مشکلات جسمی منجر به بروز نقص عضو می‌گردد اما جراحات روانی تا مدت‌ها، حتی پس از جنگ، گریبانگیر آسیب‌دیدگان خواهد بود. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تأثیر از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد (۱). این پیامدهای فردی و خانوادگی را می‌توان در سه

پایین‌تر سلامت عمومی، رضایت زناشویی و عزت نفس را نشان می‌دهند و به طور کلی در مقایسه با زنان گروه کنترل رضایت از زندگی کم‌تری دارند (۶). همچنین در مطالعات دیگر به این نکته اشاره شده است که خشونت در خانواده-های مبتلا به PTSD بیشتر است و خشونت‌های فیزیکی و کلامی زیادتر بوده و بیشتر این خشونت‌ها متوجه همسران آنها می‌باشد (۷). در خانواده این بیماران، همسران فشار مضاعفی را هم از طرف شوهر و از ناحیه دور نگه داشتن فرزندان از رفتار آسیب‌زای شوهر تحمل می‌کنند. برای مثال، همسران سربازان رژیم اشغالگر قدس مبتلا به PTSD گزارش داده‌اند که نشانه‌های مشکلات سلامت روانی بیش‌تری تجربه می‌کنند و در مقایسه با همسران سربازان فاقد PTSD روابط اجتماعی مختل و نارضایت‌مندتری دارند (۸).

یکی از تبعات منفی دیگر جنگ، اسیر شدن است که مشکلات خانوادگی و احتمالاً از هم‌گسستگی خانواده‌های اسرا چه حین اسارت و چه بعد از اسارت مربوط را در پی دارد. همسر سربازی که اسیر شده است باید ابتدا با غیبت و وضعیت ناشناس همسرش کنار بیاید و سپس با برگشت مجدد او پس از مدت زندانی کنار بیاید. از نظر بسیاری از همسران سربازان اسیر جنگی سازگاری مجدد با نقش‌های فعال، مکمل، و حمایت‌کننده‌ی شوهر و همچنین جایگزین شدن برای نقش‌های تربیتی فرزندان و وظیفه‌ای بسیار دشوار است (۹ و ۱۰). که این خود اثرات مخربی بر کانون خانواده و سلامت روان افراد خصوصاً همسران خواهد داشت. در خانواده‌ی شهدا نیز مسئولیت اصلی، بر عهده‌ی همسر بازمانده است که باید نقش مادر و پدر را همزمان برای فرزندان ایفا نماید. بنابراین همسران خانواده‌ی اسرا و شاهد و جانباز از نظر بهداشت روانی می‌توانند در شمار گروه‌های در معرض خطر جامعه به حساب آیند. این مسئله در پژوهشی که علیزاده (۱۳۸۵) بر روی همسران جانباز، شاهد و همسران افراد عادی انجام داده است نشان داده شد که سطح بهداشت روانی همسران شاهد پایین‌تر از سطح

را با مشکلات متعددی روبرو می‌سازد. البته این سه حیطه به طور کامل از یکدیگر متمایز نیستند و همپوشی‌های مختلفی با یکدیگر دارند. به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و بازگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان افراد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده، به خصوص همسران آنها همچنان ادامه می‌یابد (۲).

اختلال استرس پس از حادثه<sup>۱</sup> یکی از اختلالاتی است که نه تنها کیفیت زندگی جانباز، بلکه خانواده و جامعه او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده‌ی این جانبازان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند (۳). مطالعات مختلف مشخص ساخته‌اند که نشانه‌های PTSD سربازان می‌توانند تأثیرات منفی بر روابط خانوادگی داشته باشند و روابط خانوادگی می‌تواند PTSD و سایر اختلالات همراه را بهبود بخشد یا بدتر سازد. این حقیقت به مسایل عمومی اشاره می‌کند که در روابط همسران PTSD می‌تواند وجود داشته باشد. پژوهش‌هایی که تأثیر PTSD بر روابط صمیمی را بررسی کرده‌اند به اثرات گسترده و شدیداً منفی آن بر روابط زناشویی، کارکرد کلی خانواده و بهداشت روانی همسران اشاره دارد. این اثرات می‌تواند منجر به مشکلاتی نظیر والدگری نابسامان، خشونت خانوادگی، طلاق، مشکلات جنسی، پرخاشگری و دشواری مراقبت گردد (۴)؛ مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان با همسران شاغل عادی نشان داد که همسران جانبازان به طور معناداری نسبت به همسران عادی دارای وضعیت روانی نامناسب هستند و از مشکلات افسردگی، خود بیمارانگاری و هیجانی بیش‌تری رنج می‌برند (۵). در مطالعه‌ی دیگر محققان به ارزیابی سلامت عمومی، رضایت زناشویی و سطوح عزت نفس همسران ۴۰ نفر از سربازان مبتلا PTSD ایران پرداختند. گروه مقایسه نیز ۴۰ تن از زنان متأهل ارجاع داده شده به مرکز بهداشت عمومی شهرستان رشت بودند. نتایج نشان داد که همسران سربازان مبتلا به PTSD سطوح

## 1. Post trauma stress disorder

طرح پژوهشی، این پژوهش از نوع طرح های نابسند، از نوع طرح سه گروهی بدون کنترل می باشد. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری پژوهش شامل تمامی همسران جانبازان اعصاب و روان، آزادگان و شاهد جنگ تحمیلی استان تهران است که ۳۴۴ نفر نمونه به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند، به این ترتیب که با استفاده از فرمول کوکران با توجه به تعداد جانبازان اعصاب و روان، آزادگان و خانواده های شاهد استان تهران حجم نمونه برآورد شد و بر اساس آن همسر خانواده های جانبازان اعصاب و روان، آزادگان و شهدا انتخاب گردید.

### ابزار جمع آوری اطلاعات

الف: پرسشنامه پاسخ های مقابله ای: این پرسشنامه بوسیله بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ تدوین شده است (۱۴). آنها پاسخ های مقابله را مرکب از شناخت ها و رفتارهایی می دانند که فرد برای ارزیابی و کاهش استرس و برای اداره کردن و تعدیل آنها استفاده می نماید. پرسشنامه پاسخ های مقابله، شامل ۱۹ جمله می باشد. براساس بررسی های بیلینگز و موس، از طریق روش تحلیل عوامل، جملات این پرسشنامه به سه دسته تقسیم می شود که شامل: (۱) پاسخ های مقابله شناختی فعال با ۶ جمله؛ (۲) پاسخ های مقابله رفتاری فعال با ۶ جمله؛ (۳) پاسخ ها اجتنابی با ۷ جمله. از طریق این پرسشنامه دو شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله با ۱۱ جمله و مقابله متمرکز بر هیجان با ۸ جمله، مورد بررسی قرار می گیرد. در پرسشنامه مقابله بیلینگز و موس آزمودنی می بایست به هر یک از جملات که نوعی پاسخ مقابله محسوب می شوند، بصورت بلی یا خیر جواب دهد. به منظور آنکه میزان استفاده از پاسخ های مقابله دقیق تر مشخص شود از یک مقیاس چهار گزینه ای شامل؛ همیشه، بیشتر اوقات، گاهی و هیچوقت استفاده می شود و آزمودنی بر مبنای گزینه ای که انتخاب می کند بین صفر تا ۳ نمره می گیرد. در پژوهش حاضر برای نمره گذاری از همین روش (یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه ای، صفر تا ۳) استفاده شده است. براهنی و موسوی اعتبار همسانی درونی را

بهداشت روانی همسران جانباز و عادی است و همین طور سطح بهداشت روانی همسران جانباز پایین تر از همسران عادی است. در تحقیق آقا یوسفی و شریف (۲۰۱۰) نیز که بهزیستی روانی را در سه گروه همسران جانبازان، آزادگان و شهدا بررسی کردند، نتایج تفاوت معناداری را در این سه گروه نشان داد و همسران جانبازان از کمترین سطح بهزیستی روانی برخوردار بودند (۱۱). مجاهد و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف مقایسه سلات روان همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان، تفاوت معناداری را در سلامت روان دو گروه نیافتند ولی هر دو گروه سطح سلامت روان پایینی را نشان دادند (۱۲).

با شروع بازسازی های عمرانی همه جانبه آسیب های ناشی از جنگ و در تحولات گسترده و عظیم اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی پس از جنگ تا کنون، خانواده شهدا، مجروحان و اسراء قربانیان خاموش و فراموش شدگان جنگ محسوب می شوند. با توجه به ارتباط قوی متغیرهایی مانند ابعاد شخصیتی، عزت نفس، منبع کنترل، اهداف زندگی، سبک- های مقابله ای، حمایت اجتماعی و میزان پایبندی به ارزش- ها با بهزیستی روان شناختی (۱۳) و همچنین با توجه به ضرورت تخصیص منابع مختلف مالی و مشاوره ای بر حسب ارجحیت و نیازهای همسران جانبازان، آزادگان، و شهدا مسئله اصلی پژوهش حاضر تعیین و بررسی نیمرخ روانی، رضایت زندگی و شیوه های مقابله در همسران جانبازان PTSD، و مقایسه آن با همسران آزادگان، و شهدا می باشد.

### مواد و روش ها

این پژوهش با توجه به ماهیت و موضوع تحقیق و از نظر هدف، تحقیقی کاربردی است، و از نظر کنترل متغیرها، تحقیقی غیرآزمایشی است چرا که روابط بین متغیرها دستکاری نشده، به این معنا که محقق متغیرهای مورد مطالعه را شخصاً دستکاری نمی کند و تأثیر آنها را بر یکدیگر و یا سایر متغیرهای مورد نظر مورد مشاهده قرار می دهد (۱۳). همچنین این پژوهش از نوع علی مقایسه ای می باشد.

از ۰,۴۱ تا ۰,۶۶ ذکر کرده‌اند. پورشهبازی پایایی پرسشنامه را به روش تنصیف و با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون محاسبه کرده و ضریب پایایی ۰,۷۸ را بدست آورده است (۱۵).

ب: پرسشنامه SCL-90-R: این پرسشنامه توسط دراگوئیس و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید (۱۶ و ۱۵). در ایران مطالعات زیادی برای هنجاریابی آن انجام شده است. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که از «هیچ» تا «به شدت» می‌باشد، مشخص می‌شود. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به دست می‌آید. محاسبه ثبات درونی به دست آمده برای ۹ بعد کاملاً رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰,۹ و کمترین آنها روان‌پریشی با ۰,۷۷ بوده است (۱۶). پایایی آزمون مجدد پس از یک هفته ارزیابی اولیه دارای همبستگی بالا بین ۰,۷۸ تا ۰,۹ بوده‌اند. در زمینه اعتبار همزمان، دراگوئیس، ریکلز و راک (۱۹۷۶) این آزمون را به همراه MMPI بر روی ۱۱۹ آزمودنی داوطلب اجرا نمودند. همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۰,۷۳ و کمترین همبستگی، ترس مرضی با ۰,۳۶ بوده است. منصوری و هنرمند (۱۳۸۹) ضریب پایایی همه ابعاد این آزمون را به روش آلفای کرونباخ بین ۰,۹۳ تا ۰,۹۸ گزارش کرده است (۱۷). رضاپور با استفاده از روش بازآزمایی (۱۳۷۶) ضریب پایایی ابعاد را بین ۰,۶۸ تا ۰,۸۱ محاسبه نموده است (۱۸). ج: مقیاس رضایت از زندگی (SWLS): این مقیاس توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های

رضایت از زندگی بهزیستی روان‌شناختی ساخته و به کارمی رود (۱۸). مقیاس مذکور ابزاری ۵ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری قضاوت شناختی و کلی فرد از زندگی طراحی شده است و می‌توان آن را تقریباً ظرف مدت پنج دقیقه کامل نمود. نمره‌گذاری مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) به صورت طیف لیکرتی ۷ امتیازی است که نمره یک برابر با کاملاً مخالف، نمره دو برابر با مخالف، نمره سه برابر با تقریباً مخالف، نمره چهار برابر با نه مخالف، نمره موافق، نمره پنج برابر با تقریباً موافق، نمره شش برابر با موافق، نمره هفت برابر با کاملاً موافق است. امتیاز کلی این مقیاس با جمع پاسخ‌ها محاسبه شده و دامنه آن بین ۵ تا ۳۵ می‌باشد. امتیاز بالاتر شاخص سطوح رضایتمندی بیشتر از زندگی است. ارزیابی روان‌سنجی مقیاس رضایت از زندگی نشان داد که همسانی درونی بالایی ۰,۸۷ دارد. ضریب همبستگی آزمون مجدد با فاصله زمانی دو ماه نیز ۰,۸۲ به دست آمده است. در خصوص روایی مقیاس رضایت از زندگی مطالعات متعددی صورت گرفته و مشخص گردیده که این مقیاس می‌تواند به طور معتبری رضایت از زندگی را نشان دهد. در مطالعه‌ی روایی همزمان از طریق همبستگی با ۱۰ مقیاس دیگر که بهزیستی روانی را می‌سنجیده‌اند نشان داد که هر یک از این مقیاس‌ها با مقیاس رضایت از زندگی دارای ضریب همبستگی ۰,۵ یا بالاتر بودند. روایی افتراقی مطالعات مختلف نشان داده است که همبستگی پایینی بین مقیاس رضایت از زندگی و مقیاس عاطفی بودن منفی و مثبت وجود دارد (۱۹). بیانی، کوچکی، عاشور و گودرزی (۱۳۸۶) در بررسی اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) اعتبار مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰,۸۳ و با روش بازآزمایی ۰,۶۹ به دست آوردند (۲۰). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، خطای انحراف از میانگین، انحراف معیار و واریانس، همچنین در جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی آزمون تحلیل

واریانس چند متغیره استفاده شده و برای این منظور از نرم افزار آماری SPSS استفاده شده است.

### یافته ها

بررسی تفاوت بین نیمرخ روانی همسران شاهد، آزاده و جانباز نشان می دهد (جدول ۱) بین سه گروه مذکور تفاوت معنادار بین نیمرخ روانی آنها مشاهده نمی گردد (۰,۲۹  $F=1.26, df=2, 314, P >$ )، این مورد در نمودار نمایش داده شده است.

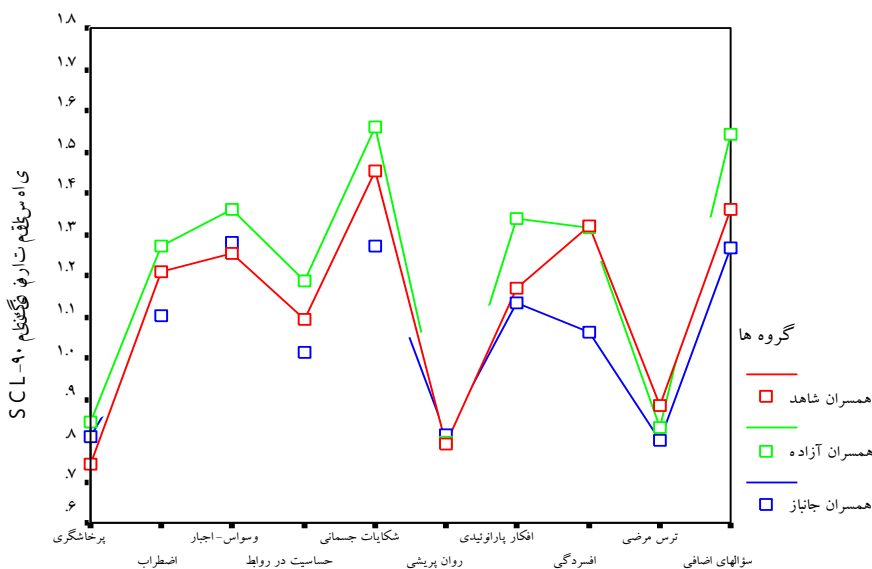
مقایسه راهکارهای مقابله ای همسران شاهد، آزاده و جانباز بیابانگر آن است که (جدول ۴) بین برخی از راهکارهای مقابله در سه گروه همسران شاهد، آزاده و جانباز تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که بین پاسخ های مقابله ای

رفتاری ( $F=0.16, df=2,314 P<0.85$ )؛ پاسخ های مقابله ای شناختی ( $F=2.60, df=2,314, P<0.08$ )؛ شیوه مقابله مسئله مدار ( $F=0.12, df=2,314, P<0.90$ ) در سه گروه همسران شاهد، آزاده و جانباز تفاوت معنادار وجود ندارد، ولیکن بین پاسخ های مقابله ای اجتنابی ( $F=5.35, df=2,314, P<0.01$ ) و شیوه مقابله هیجان مدار ( $F=3.42, df=2,314, P<0.03$ ) سه گروه مذکور تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به میانگین های این دو راهکار مقابله ای (جدول ۵)، مشاهده می شود که همسران آزاده وضعیت بدتر، همسران جانباز وضعیت بهتر، و همسران شهدا وضعیت بیابین را در پاسخ های مقابله ای اجتنابی و شیوه مقابله هیجان مدار در مقایسه با دو گروه دیگر دارا می باشند.

جدول ۱. آزمون تحلیل واریانس نیمرخ روانی در سه گروه همسران شاهد، آزاده و جانباز

| ضریب اتا | سطح معناداری | F    | میانگین مجزورات | درجه آزادی | مجموع مجزورات | نیمرخ روانی |
|----------|--------------|------|-----------------|------------|---------------|-------------|
| ۰,۰۱     | ۰,۲۹         | ۱,۲۶ | ۴,۶۷            | ۲          | ۹,۳۵          |             |

نیمرخ روانی همسران شاهد، آزاده و جانباز



یاه سقلقم ۹۰-SCL

جدول ۲. جدول آمار توصیفی معیار کلی علائم مرضی و رضایت از زندگی همسران شاهد، آزاده و جانباز

| انحراف معیار | میانگین | فراوانی | گروه‌ها     | آزمون                |
|--------------|---------|---------|-------------|----------------------|
| ۰,۶۰         | ۱,۱۵    | ۱۵۵     | همسر شاهد   | معیار کلی علائم مرضی |
| ۰,۶۲         | ۱,۲۲    | ۱۳۸     | همسر آزاده  |                      |
| ۰,۶۵         | ۱,۰۷    | ۵۱      | همسر جانباز |                      |
| ۷,۰۲         | ۱۹,۸۴   | ۱۵۵     | همسر شاهد   | رضایت از زندگی       |
| ۶,۳۷         | ۱۹,۱۱   | ۱۳۸     | همسر آزاده  |                      |
| ۶,۶۸         | ۲۰,۳۹   | ۵۱      | همسر جانباز |                      |

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه معیار کلی علائم مرضی و رضایت از زندگی همسران شاهد، آزاده و جانباز

| سطح معناداری | F    | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | معیار کلی علائم مرضی |
|--------------|------|-----------------|------------|---------------|----------------------|
| ۰,۲۸         | ۱,۲۷ | ۰,۴۸            | ۲          | ۰,۹۷          | معیار کلی علائم مرضی |
| ۰,۴۴         | ۰,۸۲ | ۳۶,۹۴           | ۲          | ۷۳,۸۸         | رضایت از زندگی       |

جدول شماره ۳ مقایسه معیار کلی علائم مرضی (GSI) و رضایت از زندگی همسران شاهد، آزاده و جانباز نشان می‌دهد. طبق نتیجه بدست آمده بین سه گروه مذکور در معیار کلی علائم مرضی ( $F=1.27, df=2, 314, P<0.28$ ) و رضایت از زندگی ( $F=0.82, df=2, 314, P<0.44$ ) تفاوت معنادار مشاهده نمی‌گردد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای راهکارهای مقابله‌ای سه گروه همسران شاهد، آزاده و جانباز

| سطح معناداری | F     | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | راهکارهای مقابله‌ای        |
|--------------|-------|-----------------|------------|---------------|----------------------------|
| ۰,۸۵         | ۰,۱۶  | ۵۱,۸۰۹          | ۲          | ۱۰۳,۶۲۲       | پاسخ‌های مقابله‌ای رفتاری  |
| ۰,۰۱         | ۵,۳۵  | ۳۹,۴۳           | ۲          | ۷۸,۸۶         | پاسخ‌های مقابله‌ای اجتنابی |
| ۰,۰۸         | ۲,۶۰  | ۶۰,۹۹           | ۲          | ۱۲۱,۹۸        | پاسخ‌های مقابله‌ای شناختی  |
| ۰,۹۰         | ۰,۱۲  | ۴۰,۵۱           | ۲          | ۸۱,۰۲         | شیوه مقابله مسئله‌مدار     |
| ۰,۰۳         | ۳,۴۲۵ | ۳۷,۲۰           | ۲          | ۷۴,۴۰         | شیوه مقابله هیجان‌مدار     |

جدول ۵. آمار توصیفی راهکارهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار همسران شاهد، آزاده و جانباز

| انحراف معیار | میانگین | فراوانی | گروه          | راهکارهای مقابله‌ای           |
|--------------|---------|---------|---------------|-------------------------------|
| ۲,۶۴         | ۸,۱۲    | ۱۵۵     | همسران شاهد   | پاسخ‌های مقابله‌ای اجتنابی    |
| ۲,۸۱         | ۹,۰۳    | ۱۳۸     | همسران آزاده  |                               |
| ۲,۶۸         | ۷,۹۰    | ۵۱      | همسران جانباز |                               |
| ۳,۸۴         | ۱۰,۹۲   | ۱۵۵     | همسران شاهد   | پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار |
| ۲,۸۰         | ۱۱,۷۳   | ۱۳۸     | همسران آزاده  |                               |
| ۲,۷۰         | ۱۰,۵۳   | ۵۱      | همسران جانباز |                               |

## بحث

همسران شاهد، آزاده و جانباز را به طور همزمان مقایسه نموده باشد، یافت نشد ولیکن این یافته با بخشی از نتایج پژوهش‌های مجاهد، کلاتری، مولوی، نشاط دوست و شکبیا (۱۳۹۰)؛ امیری و همکاران (۱۳۸۶)؛ سلیمی، آزاد، مرزآبادی، امیری، و تقوی (۱۳۸۷)؛ ضرابی، نجفی، شیرازی، فرحی، نجفی و تدرسی (۲۰۰۸)؛ نلسون و

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نیمرخ روانی معیار کلی علائم مرضی (GSI) و رضایت از زندگی در همسران شاهد، آزاده و جانباز تفاوت معنادار وجود ندارد. طبق بررسی صورت گرفته در ادبیات‌های پژوهش مرتبط تحقیقی که نیمرخ روانی، معیار کلی علائم مرضی (GSI) یا رضایت از زندگی هر سه گروه

وضعیتی کنش های روانی- اجتماعی بیماران، از جمله مراقبت از خود، روابط بین فردی و حفظ شغل به شدت دچار دگرگونی می شوند و به این خاطر برای سازگاری و زندگی موفقیت آمیز در اجتماع نیاز به کمک و مراقبت های دائمی دارند. افزون بر آن، نه تنها بیمار، بلکه نظام خانواده در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار گرفته، الگوی تعاملی معمولی بین افراد خانواده مختل شده و وظایف و نقش های جدیدی برای اعضای خانواده مطرح می گردد. خانواده های این بیماران به دلیل تحمل استرس های طاقت فرسا و نیز نقش های جدید دچار احساسات و افکاری نظیر احساس گناه، ترس و نگرانی، تنفر و ابراز خشم، اندوه و ناامیدی می گردد (۵). زمانی که عضوی از خانواده بیمار شود و یا در ارائه ی نقش های معمول و هنجار خود در خانواده احساس ناتوانی کند می توان انتظار داشت که تعادل و هموستازی خانواده از بین برود (۲۴). دیدگاه های سیستمی و خانواده درمانی در تعیین آسیب شناسی خانواده بر این نکته تأکید دارند که خانواده به عنوان واحد تعاملی از اعضای خود تأثیر می پذیرد. با این نگرش بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضا تأثیر می گذارد. به علاوه عواملی نظیر انواع و شدت بیماری، سختی و سهولت درمان، و شیوه پاسخ افراد خانواده به بیماری، تأثیرات در خور توجهی بر یکدیگر دارند و می توانند به عنوان مشخص کننده ی اصلی فشار روانی در خانواده مورد توجه قرار گیرند (۵). با توجه به موارد ذکر شده می توان استنباط کرد که پایین بودن بهداشت روانی در همسران جانبازان PTSD به علت وجود یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن و فشارهای ناشی از آن می باشد. شواهد متعددی بر این حقیقت تأکید دارد که فشار روانی ناشی از تغییرات زندگی و رویدادهای تنش زا می تواند موجب بیماری و مشکلات در اعضای خانواده شود (۲۵).

رایت (۱۹۹۶): تال (۲۰۰۸)، به نقل از کونن و همکاران، (۲۰۰۸) همسو می باشد (۵ و ۶ و ۱۲ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳).

در خانواده جانبازان مبتلا به PTSD، همسران فشار مضاعفی را هم از طرف شوهر و از ناحیه دور نگه داشتن فرزندان از رفتار آسیب زای شوهر تحمل می کنند. برای مثال، همسران سربازان رژیم اشغالگر قدس مبتلا به PTSD گزارش داده اند که نشانه های مشکلات سلامت روانی بیش تری تجربه می کنند و در مقایسه با همسران سربازان فاقد PTSD روابط اجتماعی مختل و نارضایت مندتری دارند (۸). در خانواده ی شهدا نیز مسئولیت اصلی، بر عهده ی همسر بازمانده است که باید نقش مادر و پدر را همزمان برای فرزندان ایفا نماید. عدم تفاوت معنی دار در نیمرخ روانی همسران شهدا با جانبازان می تواند گویای این نکته باشد که تأثیر استرس وجود شوهر بیمار و معلول کمتر از استرس فقدان شوهر نیست.

در خانواده های آزادگان نیز، همسران مدتی طولانی باید مسئولیت اصلی خانواده را مانند همسران شهدا بر عهده بگیرند و همچنین سربازان اسیر معمولاً پس از بازگشت دارای درصدی از جانبازی بوده و یا از مشکلات روحی ناشی از دوران اسارت رنج می برند که هر دوی این موارد می تواند اثرات مخربی بر کانون خانواده و سلامت روان افراد خصوصاً همسران داشته باشد. بنابراین همسران خانواده ی اسرا و شاهد و جانباز از نظر بهداشت روانی می توانند به یک میزان در معرض خطر پایین بودن سطح بهداشت روان قرار گیرند.

بالا بودن میانگین نمره کلی آزمون SCL-90-R در سه گروه، نشان دهنده پایین بودن بهداشت روانی این سه گروه از حد متوسط است. افراد مبتلا به بیماری های مزمن جسمی یا روانی از اختلال های رفتاری، شناختی و جسمانی شدید و طولانی مدت رنج می-برند. در چنین

در همین راستا ساکی و قنبری (۱۳۸۳) در پژوهشی تحت عنوان بررسی سلامت روانی همسران جانبازان قطع نخاعی استان لرستان به این نتیجه دست یافتند که ۳۴٫۵٪ دارای مشکلات جسمی ۳۱٫۵٪ دارای اضطراب، ۲۸٫۶٪ دارای مشکلات اجتماعی و ۲۰٪ دارای مشکلات افسردگی هستند (۲۶). و به همین منوال دژکام و امین الرعايا (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که سلامت روانی در همسران جانبازان اعصاب و روان در نتیجه ی زندگی با فرد بیمار دچار اختلال می گردد (۲). طبق پژوهش دکل و انوچ و سالومون (۲۰۰۸) نیز تعامل با یک فرد آسیب دیده باعث فشار و استرس بسیار می شود که منجر به مشکلات روانی مختلف می گردد (۲۷). بنابراین می توان گفت که همسران جانبازان مبتلا به PTSD و همسران آزادگان و شهدا به دلیل فشارهای روانی دایمی، ناشی از مراقبت از همسر، تغییر نقش اعضای خانواده، و شرایط خاص زندگی، آسیب پذیری بیشتری داشته، در معرض ابتلا به مشکلات روانی-اجتماعی هستند. در بازماندگان جنگ میزان بالایی از افسردگی، اختلال جسمانی کردن و سوء مصرف مواد دیده می شود؛ آن‌ها عمده ی رفتارهای مربوط به احساس تملک خود را با پرخاشگری و تحریک پذیری نشان می دهند که این به نوبه ی خود در زمره ی مهم ترین عوامل کاهش عزت نفس در زنان و کاهش در سایر کار کردهای فردی و خانوادگی است و در نتیجه فرسودگی زوجینی است. البته این مسأله برای همسران شاهد به گونه ی دیگری است؛ آن‌ها به لحاظ اینکه طی چند سال متوالی به تنهایی با مسائل زندگی اعم از تنهایی و فرزند پروری دست و پنجه نرم کرده اند ممکن است مشکلات روان شناختی متعددی را ادراک کرده و بهداشت روانی اشان کاهش می یابد.

همانطور که نتایج مقایسه در خصوص رضایت از زندگی گروه های مورد بررسی نشان داد تفاوت معناداری بین میزان رضایت از زندگی گروه ها وجود ندارد. ولیکن با توجه به میانگین میزان رضایت از زندگی در آزمون اجرا شده، میزان مولفه رضایت از زندگی در تمام گروه ها در مرز قرار دارد. به نظر می رسد آنچه نمره های این افراد را در مرز میان رضایتمندی کامل و نارضایتمندی کامل قرار داده است پذیرش نسبی شرایط موجود در کنار ارزیابی های منفی از شرایط موجود می باشد. به احتمال زیاد نارضایتی مردان آزاده و جانباز همان طور که در مطالعه ی آیکین و همکاران (۲۰۰۹) به دست آمد تا حد زیادی ناشی از تجربه های منفی گذشته و حضور در جنگ می باشد. نارضایتی از زندگی مردان جانباز و آزاده می تواند به عنوان متغیر مستقلی بر فرسودگی ناشی از مراقبت‌گری تأثیر گذارده و این فرسودگی هم طبق یافته های جردن و همکاران (۱۹۹۲) و کالکا و همکاران (۱۹۹۰) بر میزان رضایت از زندگی و شادکامی همسرانشان تأثیر می گذارد (۲۸ و ۲۹ و ۳۰). برآیند و مجموع شرایط فوق الذکر در خصوص ویژگی های رفتاری و روان شناختی همسران و کیفیت روابطشان می تواند بر شبکه ارتباطی درون خانوادگی تأثیر بگذارد. طبق پژوهش احمدی، محمودآبادی و عرب نیا (۱۳۸۵) در مورد خانواده های جانبازان PTSD از بین ۹ بعد سازگاری زناشویی موضوعات شخصیتی عامل اصلی محسوب می شود؛ موضوعات شخصیتی شامل قبول همدیگر از نظر اهداف و برنامه های زندگی و پذیرش یکدیگر به دلیل ویژگی های پایدار، سلیقه ها و سبک زندگی است. در خانواده های جانبازان PTSD به دلیل آسیب جدی در روابط دوتایی، روابط زناشویی و جنسی، موضوعات شخصیتی آخرین حلقه ی نگهدارنده ی ازدواج است. گذشت زمان موجب می شود تا ویژگیهای شخصیتی متأثر از علایم اختلال شده، و مهمترین عامل



بالینی، مددکار اجتماعی، روان پرستار، مشاور خانواده، خانواده درمانگر و... به افراد ارائه خدمات دهند.

- بر اساس عدم تفاوت در مولفه رضایت از زندگی و میزان نسبتاً پایین آن در گروه های مورد بررسی، ضرورت اختصاص خدمات و برنامه های روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی برای تمام گروه ها با رویکرد روان شناسی مثبت، روان شناسی شادکامی و معنا درمانی به صورت گروهی پیشنهاد می شود.

- روشهای آموزشی مهارت های مقابله ای در همسران جانبازان، شهدا، و آزادگان که از بهداشت روانی پایینی برخوردارند، با توجه به استفاده بیشتر از شیوه ی هیجان مدار در میان آنها، ضروری است و می تواند در بهبود بهداشت روانی در آنها مؤثر واقع شود.

#### منابع

- Anisi, J. Investigation mental health of Spouses of veterans with mental and non-psychiatric mental problem. Psychology Master Dissertation, Allameh Tabatabaib University. 1998 [Persian.]
- Dejkam, M. & Aminoroaya, A. Comparing between psychological health of veterans' wives and ordinaries' wives who had referred to Imam Hossein hospital and Sadr Hospital. The 1st scientific conference of veterans and family. Tehran, 17 Feb, 2004; 113-122 [Persian.]
- Parande, A., Sirati Nayer, M., Khaghanizadeh, M., & Karimi Zarchi, A. The impact of conflict resolution training on the quality of life for spouses of veterans with PTSD. Iranian Journal of War and Public Health . 2006; 8(1): 45-51 [Persian.]
- Calhoun P. S., Beckham J. C., Bosworth, H. B. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic post traumatic stress disorder. Journal of traumatic stress, 2002; 15: 205-212.
- Amiri, M., Salimi, H., Mirzamani, M., Hashemian, K., Karaminia, R., & Adib, M. Comparative study of mental profile on Veterans' employed wives and employed woman. Journal of Daneshvar Raftar, 2007; 22: 59-67 [Persian.]
- Zarrabi, H., Najafi, K., Shirazi, M., Farahi, H., Najafi, F., Tadrissi, M. The impact of post traumatic stress disorder on partner of Iranian veterans. Journal of Acta Medica Iranica, 2008; 46: 120-12 [Persian.]
- Azam Poorafshar, S., Amadi, Kh., & Elyasi, M. H. Investigation of secondary PTSD values and marital satisfaction among spouses of veterans with

نگهدارنده ی ازدواج جانبازان PTSD آسیب ببینند.

بنابراین گذشت زمان و مزمن شدن بیماری همسران جانبازان را به سوی نارضایتی زناشویی می کشاند (۳۱).

همچنین بر اساس یافته های به دست آمده مشخص گردید که بین پاسخ های مقابله ای اجتنابی؛ و شیوه مقابله هیجان مدار در سه گروه همسران شاهد، آزاده و جانباز تفاوت معنادار وجود دارد. ولیکن بین پاسخ های مقابله ای رفتاری و پاسخ های مقابله ای شناختی؛ و شیوه مقابله مسئله مدار سه گروه همسران شاهد، آزاده و جانباز تفاوت معنادار وجود ندارد. پژوهشی در این زمینه یافت نشد. این تفاوت در یافته های پژوهش شعیری و روشن (۱۳۸۳) که بر روی فرزندان جانبازان و شهدا صورت گرفته بود مشاهده شد که می تواند ناشی از شرایط متفاوت خانوادگی در این سه گروه باشد. از آنجا که نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که راهبردهای مقابله ای همسران آزادگان با همسران شهدا و جانبازان تفاوت معنادار داشته و از وضعیت بدتری نسبت به دو گروه دیگر برخوردار می باشند. در این رابطه چنین می توان استنباط کرد که این تفاوت می تواند به دلیل شرایط متفاوت همسر در خانواده آزاده باشد. همسر سربازی که اسیر شده است باید ابتدا با غیبت و وضعیت ناشناس همسرش کنار بیاید و سپس با برگشت مجدد او پس از مدت زندانی کنار بیاید. از نظر بسیاری از همسران سربازان اسیر جنگی سازگاری مجدد با نقش های فعال، مکمل، و حمایت کننده ی شوهر و همچنین جایگزین شدن برای نقش های تربیتی فرزندان وظیفه ای بسیار دشوار است (۳۲).

پیشنهادات و راهکارهای مبتنی بر یافته های پژوهش:

- با توجه به عدم تفاوت در وضعیت بهداشت روانی گروه های مورد بررسی، ضروری است به یک میزان از اولویت، خدمات بهداشت روانی به صورت یکپارچه و هماهنگ توسط تیمی متشکل از روانپزشک، روان شناس

- Scale (SWLS). *Journal of Iranian Psychologists*, 2007; 3: 259-265 [Persian.]
- Salimi, H., Azad MarzAbadi, S., Amiri, M., & Taghavi, M. Marital satisfaction in veteran's wives. *Journal of Andishehaye Novine Tarbati*, 2008; 4: 55-72 [Persian.]
  - Nelson, B.S., and Wright, D.W. Understanding and treating post traumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of marital and family therapy*, 1996; 22: 455-467.
  - Koenen, K. C., Stellman, S. D., Sommer, J. F., & Stellman, J. M. Persisting post traumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14-year follow up. *Journal of traumatic stress*, 2008; 21: 49-57.
  - Birekheed, L.M. *Psychiatric mental health nursing: The Therapeutic Use Of Self*. New York: J.D. Lippincott Company, 1989.
  - Gachel, R. *Field of health psychology*. Translate by Khoiinezhad, Q. Publication of Astan Quds Razavi, Mashhad, 1998 [Persian.]
  - Saki, M., Ghanbari, A. Mental health assessment in spouses of spinal cord injured war survivors in Lorestan. *Osole-Behdasht-Ravani*, 2005; 18: 7-14.
  - Dekel, R., Enoch, G., Solomon, Z. The contribution of captivity and Post-Traumatic Stress Disorder to marital adjustment of Israeli couples. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2008; 3: 497-510 [Persian.]
  - Ikin, J. F., Sim, M. R., McKenzie, D. P., Horsley, K. W. A., Wilson, E. J., Harrex, W. K. et al. Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war. *Journal of Epidemiol Community Health*, 2009; 63: 359-365.
  - Jordan, B. K., Marmar, C.B., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992; 60: 916-926.
  - Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel, 1990.
  - Ahmadi, KH., MahmoodAbadi, A., & Arabnia, A. Investigation factors associated with marital conflict in veterans with PTSD. *Iranian Journal of War and Public Health*, 2006; 8: 165-174 [Persian.]
  - Sha'eery M, and Roshan R. Investigation of variety of stress and coping strategies in Shahed and non-Shahed students. *Bimonthly Journal of Daneshvar*. Shahed University, 2004; 11: 4, 28-35 [Persian].
  - PTSD. *Journal of Military Psychology*, 2009; 1: 67-76 [Persian.]
  - Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., Weisenberg, M. Secondary traumatization among wives of PTSD combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*, 1993; 7: 104-118.
  - Hunter, E. J. The prisoner of war and his family. In: Hunter EJ, ed. *Prolonged Separation: The Prisoner of War and His Family*. San Diego, Calif: Center for Prisoner of War Studies, Naval Health Research Center, 1977; 1-179.
  - Hunter, E. J. The Vietnam POW veteran: Immediate and long-term effects of captivity. In: Figley CR, ed. *Stress Disorders Among Vietnam Veterans*. New York: Brunner/Mazel, 1978; 188-208.
  - Agha Yousefi, A. & Sharif, N. Personal well-being and stress symptoms in wives of Iranian martyrs, prisoners of wars and disable veterans. *Iran J Psychiatry*, 2010; 5: 28-34 [Persian.]
  - Mojahed, A., Kalantari, M., Molavi, H., Neshatdoost, H., & Shakiba, M. Comparative study of mental health on Veterans' wives and Martyrs' wives. *Journal of Ofogh Danesh*, Gonaabad University, 2011; 3: 43-50 [Persian.]
  - Sharifi, H. P, Sharifi, N. *Research methods in behavioral sciences*. Sokhan Publishing Inc, 2004. [Persian.]
  - Billings A. G., Moos R. H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 1981; 4: 139-157.
  - Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973; 9: 13-28.
  - Derogatis L. R., Rickles K., Rock A. F. SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 1976; 128: 280-289.
  - *Manual of SCL-90-R*, Persin version. Sina Institute of Behavioral Sciences, 2010. [Persian.]
  - Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985; 49: 71-75.
  - Pisarik C.T. *The Relationship among Work Possible Selves, Work Role Saliency, Socioeconomic Position, and the Psychological Well-Being of Individuals in Early Adulthood*. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Graduate School at The University of North Carolina at Greensboro in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy, 2006.
  - Bayani, A., Koochaki, A. M., & Goodarzi, H. Reliability and validity of the Satisfaction with Life

---

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 5, No. 1, spring 2014, No 17



Journal of Educational  
Psychology

---

## Compare the psychological profile, life satisfaction and coping strategies in wives of Martyrs, veterans with PTSD, and prisoners of war

Aboalghasem Sadeghi<sup>1</sup>, Mohsen Jadidi<sup>2\*</sup>, Mohammad Mahdi Shamsaie<sup>3</sup>

- 1) M.A of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrud, Iran
- 2) Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran
- 3) Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran

\*Corresponding author: [Jadidi.mohsen@gmail.com](mailto:Jadidi.mohsen@gmail.com)

---

### Abstract

This study was designed to investigate and compare the psychological profile, life satisfaction and coping strategies in wives of PTSD Veterans, POW Veterans and martyrs of Tehran Province. According to nature and subject of the research this is an applied study; and due to the variables manipulation it is classified as non-experimental casual-comparative and ex post facto studies. Cluster sampling was used to select 344 participants from the families of the veterans which were assigned in 3 groups; the participants then administered SCL-90-R, Coping strategies inventory, and Life satisfaction questionnaire. Recruited data was analyzed in two sections of descriptive and inferential statistics. Results showed that although the subjects have a psychological profile in most of the subscales, there was no significant difference among the groups; also there was no significant difference among the groups on GSI. While life satisfaction of the participants was low, there was no significant difference among the groups. There was a significant difference in avoidant coping response and emotion-oriented coping style of the groups; but there was no significant difference in cognitive coping response and problem-oriented coping style of the groups. The findings showed the low levels of mental health and marital satisfaction in all three groups that the allocation of psychological, cultural, social services and programs can be helpful in improving the situation.

**Key words:** psychological profile, life satisfaction, coping styles, wives.

---