

مقایسه کیفیت زندگی خانواده جانبازان با و بدون اختلال استرس پس از سانحه

محمود نجفی^{۱*}، محمدعلی محمدی فر^۲، سولماز دبیری^۳، نصراله عرفانی^۴، علی عباس کمری^۵

استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان. ^۲استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان. ^۳کارشناس ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبائی. ^۴استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور همدان. ^۵دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

*نویسنده پاسخگو: آدرس: سمنان- مهدی شهر- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۶۲۱۸۰
Email: najafy2001ir@yahoo.com

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی خانواده جانبازان با و بدون اختلال استرس پس از سانحه بود.

مواد و روش ها: بدین منظور ۳۰۰ خانواده جانباز از بین خانواده‌های جانبازان استان همدان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) پرسشنامه جمعیت شناختی بود.

یافته‌ها: نتایج آزمون t نشان داد که جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با سایر جانبازان در زیرمقیاس‌های عملکرد جسمانی، دردبدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان نمرات پایین تری را گزارش نمودند. بین همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه و همسران سایر جانبازان در تمام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری یافت شد. بین فرزندان جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه و فرزندان سایر جانبازان تنها در زیرمقیاس سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری به دست آمد. نتیجه‌گیری: این نتایج بیانگر آن است که توجه به سلامت نظام خانواده به خصوص همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه امری مهم است و می‌تواند در برنامه‌ریزی، سیاست‌های آموزشی، مشاوره‌ای و درمانی سودمند باشد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، اختلال استرس پس از سانحه، جانباز

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۲۱

مقدمه

در دهه‌های اخیر کیفیت زندگی^۱ به‌عنوان یکی از مولفه‌های مهم سلامتی شناخته شده است (۱). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه‌ی ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد و مربوط به ابعاد فیزیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی است. کیفیت زندگی دیدگاه و قضاوت فرد در رابطه با یک موقعیت، مجموعه‌ای از حوادث و یا زندگی جاری فرد در کنار کل اجتماع در طی یک دوره‌ی زمانی است (۲). از نظر تاریخی تحقیق درباره‌ی سلامتی به سمت ارزیابی ابعاد مثبت تغییر پیدا کرده است، حرکت جدید در مورد مفاهیم سلامتی، معیارهای جدید مثبت‌تری را با هدف ارزشیابی و نه بیماری آشکار کرد، این معیارهای جدید سلامتی بر معیارهای کیفیت زندگی تأثیر گذاشت (۳). تحقیقات جامعه‌شناسی و علوم رفتاری حاکی از آن هستند که محیط اجتماعی و اقتصادی تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی در افراد، به ویژه در گروه‌های آسیب پذیر از جمله جانبازان دارد (۴).

از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. معمولاً مشکلات جسمی منجر به بروز نقص عضو می‌گردد اما آسیب‌های روانی تا مدت‌ها حتی پس از جنگ گریبانگیر آسیب دیدگان خواهد بود. فرد آسیب دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تأثیر از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد (۵). جنگ به‌عنوان یکی از عوامل تأثیر گذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری مطرح است (۶). در کشور ما وجود هشت سال جنگ و استرس‌های ناشی از آن موجب گردیده است تا اختلالات روانی ناشی از استرس‌های جنگ به عنوان اختلال شایعی در رزمندگان و جانبازان و خانواده‌های آنان مطرح گردد (۷). نتایج یک پژوهش نشان داد که مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی روزمره، به طور عمیق کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود را کاهش می‌دهد (۸). اختلال استرس پس از سانحه^{II} (PTSD) یکی از اختلالاتی است که نه تنها می‌تواند کیفیت زندگی جانباز، بلکه خانواده و جامعه او را تحت تأثیر قرار دهد.

تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده این جانبازان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند (۹). علائم اختلال استرس پس از ضربه با ناسازگاری، بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان ارتباط دارد (۱۰). پژوهش‌ها حاکی از آن است که خانواده‌های مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به ویژه همسران آن‌ها، از مشکلات روانی فراوانی رنج می‌برند (۱۱). کرختی هیجانی و خشم در خانواده‌های جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه بر روابط خانوادگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۱۲). آن‌ها در درازمدت و به دنبال زندگی با عضو دارای اختلال استرس پس از سانحه، دچار علائمی مشابه اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند که به آن ضربه‌ی ثانویه^{III} می‌گویند. از سوی دیگر، رضایت زناشویی در این همسران که قربانیان فراموش شده جنگ نام گرفته‌اند، در مقایسه با گروه عادی، کاهش قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۳، ۱۴، ۱۵). امروزه علاوه بر نشانگرهای مهم سنجش سلامتی مانند ابتلا به بیماری، ناتوانی، تغذیه، عوامل زیست محیطی، اقتصادی و اجتماعی، کیفیت زندگی به خصوص در جمعیت‌های ویژه از جمله جانبازان نیز مدنظر است و توجه فراوانی به آن می‌شود (۱۶).

یکی از مسایل بسیار مهم در ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مزمن توجه به کل خانواده، به جای توجه به فرد است. وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده به‌طور معمول تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده دارد. لذا مراقبت از بیمار روانی زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب و در نتیجه بر کیفیت زندگی تأثیر سوء می‌گذارد (۱۷). انطباق با شرایط و سازگاری زناشویی در خانواده‌هایی که سرپرست خانواده دارای اختلال است ضرورت بیشتری دارد (۱۸). پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر وضعیت روانی فرد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی خانواده، به خصوص همسر هم چنان ادامه می‌یابد (۱۱). نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی به طور معنی‌داری آشفتگی ناشی از زندگی با بیمار را دارند (۱۹). فرزندان جانبازان اعصاب و روان از اولین

I Quality of Life

II Post traumatic Stress Disorder

III second Tramatisation

جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با سایر جانبازان در استان همدان چگونه است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. هدف از انتخاب این روش تحقیق، یافتن علت‌های احتمالی یک الگوی رفتاری بود. بدین منظور، آزمودنی‌هایی که رفتار مورد مطالعه را دارا بودند با آزمودنی‌هایی که این رفتار در آنها مشاهده نمی‌شد، مقایسه گشتند. این روش را اغلب پژوهش «پس رویدادی» می‌نامند. زیرا اشاره به مواردی دارد که در آن‌ها علت از پیش رخ داده‌است و مطالعه آن در حال حاضر از طریق اثری که بر متغیری دیگر که معلول خوانده می‌شود، گذارده و برجا مانده‌است، امکان دارد. جامعه‌ی مورد مطالعه ی این پژوهش، متشکل از کلیه خانواده‌های جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و سایر جانبازان استان همدان بود. با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ خانواده جانباز انتخاب شد. بدین صورت که ابتدا از بین شهرهای استان همدان؛ همدان، ملایر و نهاوند به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس با هماهنگی‌های انجام شده با معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید هر شهر لیست جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه و سایر جانبازان تهیه شد و به‌طور تصادفی تعدادی از آن‌ها انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها روی همسر و یکی از فرزندان آن‌ها اجراء شد. پس از بررسی اولیه، پرسشنامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و در نهایت ۲۹۸ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از این حجم نمونه تعداد ۱۱۹ نفر (۴۰ درصد) دارای اختلال استرس پس از سانحه و ۱۷۹ نفر (۶۰ درصد) بدون اختلال استرس پس از سانحه بودند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به عنوان یکی از پرکاربردترین ابزارها در جهان دارای ۳۶ سوال است و خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی و روانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و ایفای نقش هیجانی را می‌سنجد. پاسخدهی به پرسشنامه به صورت بلی وخیر و همچنین در بعضی زیر مقیاس‌ها به صورت طیف لیکرت (همیشه، بیشتر اوقات، برخی اوقات، خیلی کم و هیچگاه) است. نمره

مراحل رشد روانی، به طور مکرر و مستمر در معرض فشارها و ضربات روانی هستند. همچنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گردد (۲۰). جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با سایر جانبازان در طول زمان ادراک ضعیف‌تری از حمایت اجتماعی و خانوادگی دارند (۲۱). بازماندگان جنگ که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند، به‌طور غالب مشکلاتی را در زمینه روابط صمیمی و نقش‌های خانوادگی (۲۲). مشکلات روانی اجتماعی (۲۳ و ۲۴). سازگاری خانوادگی ضعیف‌تر (۲۵) و عملکرد جسمانی ضعیف (۲۶) تجربه می‌کنند. از آنجایی که اختلال استرس پس از سانحه در بردارنده علایمی است که در اعتماد، نزدیکی عاطفی، روابط میان فرد، جرات مندی، و مهارت‌های حل مسئله تداخل ایجاد می‌نمایند، این‌گونه مشکلات می‌توانند تبدیل به معضلی در خانواده‌های این افراد گردند و کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. زندگی با فرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، به خودی خود منجر به اختلال استرس پس از سانحه نمی‌گردد، اما می‌تواند علائمی را ایجاد کند که مشابه اختلال استرس پس از سانحه بوده و به آن ضربه‌ی ثانویه می‌گویند (۲۷) یکی از دلایل مبتلا شدن این همسران به ضربه ثانویه آن است که آنها دائماً در معرض خشم و خشونت شوهرانشان قرار دارند. بسیاری از زنانی که با خشم و خشونت و کتک خوردن از سوی شوهرانشان مواجه می‌شوند، علائمی را نشان می‌دهند که حاکی از اختلال اختلال استرس پس از سانحه است، و این مسئله مهمترین مشکلی است که آن‌ها را به سمت درمان سوق می‌دهد (۲۸). علاوه بر مشکلات جسمانی و روانی، پژوهش‌ها حاکی از آن است که رضایت زناشویی در این همسران نیز در مقایسه با گروه عادی، کاهش قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۳، ۱۴، ۱۵) از سوی دیگر، نباید فراموش کرد که همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نیز مشکلات، خواسته‌ها، و نیازهای خود را دارند. اعضای خانواده، وقتی خود از سوی منابع دیگری حمایت شوند، توانایی بیشتری برای کمک به فرد حادثه دیده خواهند داشت (۱۳).

با عنایت به آن چه ذکر شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که کیفیت زندگی خانواده

بالتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها بیانگر وضعیت مطلوب‌تر فرد، در مقیاس مورد نظر است.

پرسشنامه‌ی جمعیت شناختی

از این پرسش نامه جهت جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. این پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی همسران و فرزندان را مورد ارزیابی قرار داده‌است. ماده‌های این پرسشنامه عبارتند از: سن، جنس، تحصیلات، نوع شغل و میزان درآمد.

امتیازها از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را نشان می‌دهد (۲۹). نتایج تحقیق منتظری و همکاران (۲۹) نشان داد که به جز مقیاس

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و استنباطی آزمون t برای مقایسه کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن در جانبازان PTSD و غیر PTSD

زیرمقیاس‌ها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	معناداری
عملکرد جسمانی	PTSD	۱۱۸	۱۷.۰۲	۶.۱۵	-۲.۷۴۸	۲۹۳	۰.۰۰۶
	Non-PTSD	۱۱۷	۱۹.۱۱	۶.۵۹			
ایفای نقش جسمی	PTSD	۱۱۶	۴.۹۱	۱.۴۱	-۰.۸۸۵	۲۹۰	۰.۳۷۷
	Non-PTSD	۱۷۶	۵.۰۶	۵۳.۰۱			
درد بدنی	PTSD	۱۱۸	۳.۴۶	۱.۹۰	-۴.۱۶۵	۲۹۲	۰.۰۰۰۵
	Non-PTSD	۱۷۶	۴.۵۶	۲.۴۱			
سلامت روانی	PTSD	۱۱۷	۱۱.۳۲	۴.۸۶	-۴.۲۸۸	۲۹۲	۰.۰۰۰۵
	Non-PTSD	۱۷۷	۱۴.۱۱	۵.۸۰			
سلامت عمومی	PTSD	۱۱۳	۸.۳۸	۳.۵۲	-۳.۰۷۰	۲۸۳	۰.۰۰۲
	Non-PTSD	۱۷۲	۱۰.۰۵	۵.۰۴			
سرزندگی	PTSD	۱۱۸	۸.۸۵	۳.۷۴	-۳.۶۶۲	۲۹۱	۰.۰۰۰۵
	Non-PTSD	۱۷۵	۱۰.۷۶	۴.۷۷			
عملکرد اجتماعی	PTSD	۱۰۹	۴.۵۳	۲.۲۵	-۳.۹۲۰	۲۹۳	۰.۰۰۰۵
	Non-PTSD	۱۶۳	۵.۷۱	۲.۵۴			
ایفای نقش هیجانی	PTSD	۱۱۶	۳.۵۰	۱.۰۵	-۱.۶۱۱	۲۸۹	۰.۱۰۸
	Non-PTSD	۱۷۵	۳.۷۱	۱.۱۵			

نشاط (۲۹) سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب پایایی در محدوده ۰.۷۷ تا ۰.۹۰ برخوردارند. منتظری و همکاران (۲۹) در مجموع پایایی و روایی گونه فارسی SF-36 را مناسب و مطلوب گزارش کرده اند. اعتبار این آزمون در پژوهش اصغری مقدم و فقیهی (۳۰) تحت عنوان زمینه یابی سلامت از طریق اجرای آن در دو گروه سالم (۴۸ نفر) و بیمار (۸۱) نفر و همچنین با به کارگیری یک ملاک خارجی (نظر متخصص) مورد بررسی قرار گرفته و در حداقل قبول گزارش شده است. یافته‌های اصغری مقدم و فقیهی (۳۰) نشان داد که این آزمون دارای اعتبار قابل قبولی است و می‌تواند دو گروه سالم و بیمار را از یکدیگر تفکیک کند. اشاقی و همکاران (۳۱) روایی این پرسش نامه را با روش ثبات درونی بالای ۰.۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۰ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن در جانبازان، همسران و فرزندان جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه و سایر جانبازان از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ و ۲ و ۳ آورده شده‌است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود جانبازان PTSD در زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی ($t = -2.748, P < 0.01$)، درد بدنی ($t = -4.165, P < 0.0005$)، سلامت روان ($t = -4.288, P < 0.0005$)، سلامت عمومی ($t = -3.070, P < 0.01$)، سرزندگی ($t = -3.662, P < 0.0005$) و عملکرد اجتماعی ($t = -3.920, P < 0.0005$) نمرات پایین‌تری را گزارش نمودند. در زیر مقیاس‌های نقش جسمی ($t = -0.885, P > 0.05$) و نقش

هیجانی ($t = -1.611, P > 0.05$)، تفاوت معنی داری بین PTSD است. به عبارتی جانبازان PTSD در مقایسه با غیر PTSD از کیفیت زندگی مطلوب و دو گروه از جانبازان مشاهده نشد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی و استنباطی آزمون t برای مقایسه کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در همسران جانبازان PTSD و

غیر PTSD

زیرمقیاس‌ها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	معناداری
عملکرد جسمانی	PTSD	۱۱۳	۲۲.۲۹	۶.۴۵	-۲.۷۴۸	۲۹۳	۰.۰۰۶
	Non-PTSD	۱۷۵	۲۵.۱۷	۴.۸۴			
ایفای نقش جسمی	PTSD	۱۱۳	۵.۸۹	۱.۷۵	-۲.۵۵۵	۲۸۵	۰.۰۱۱
	Non-PTSD	۱۷۴	۶.۴۳	۱.۷۳			
درد بدنی	PTSD	۱۱۱	۵.۹۵	۲.۷۶	-۲.۸۲۹	۲۸۰	۰.۰۰۵
	Non-PTSD	۱۷۱	۶.۸۶	۲.۵۷			
سلامت روانی	PTSD	۱۱۲	۱۷.۱۲	۴.۹۷	-۳.۰۹۶	۲۸۲	۰.۰۰۲
	Non-PTSD	۱۷۲	۱۹.۰۶	۵.۳۱			
سلامت عمومی	PTSD	۱۱۱	۱۳.۷۷	۴.۹۲	-۳.۱۱۴	۲۷۷	۰.۰۰۲
	Non-PTSD	۱۶۸	۱۵.۷۵	۵.۳۵			
سرزندگی	PTSD	۱۱۰	۱۳.۲۱	۴.۳۲	-۲.۶۳۹	۲۷۵	۰.۰۰۹
	Non-PTSD	۱۶۷	۱۴.۶۲	۴.۳۹			
عملکرد اجتماعی	PTSD	۱۰۳	۶.۹۰	۲.۵۸	-۲.۸۳۴	۲۶۲	۰.۰۰۵
	Non-PTSD	۱۶۱	۷.۷۷	۲.۳۱			
ایفای نقش هیجانی	PTSD	۱۱۰	۴.۲۶	۱.۳۹	-۲.۰۰۱	۲۸۰	۰.۰۴۶
	Non-PTSD	۱۷۲	۴.۵۹	۱.۳۲			

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمام زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی بین همسران جانبازان PTSD و همسران جانبازان غیر PTSD تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارتی همسران جانبازان PTSD در تمام زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی نمرات پایین‌تری را گزارش نمودند. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین فرزندان جانبازان PTSD و فرزندان جانبازان غیر PTSD در زیر مقیاس سلامت عمومی ($t = -2.850, P < 0.01$)، تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارتی فرزندان جانبازان PTSD در زیر مقیاس سلامت عمومی نمرات پایین‌تری را گزارش نمودند. در سایر زیر مقیاس‌ها بین فرزندان جانبازان PTSD و فرزندان جانبازان غیر PTSD تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین میانگین درد بدنی، سلامت روانی، سلامت عمومی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی تفاوت معنی داری وجود داشت. به این صورت که میانگین درد بدنی، سلامت روانی، سلامت عمومی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی جانبازان غیر PTSD به طور معنی داری بیشتر

مناسبی برخوردار نبودند. این نتیجه تا حدی با برخی پژوهش‌ها (۳۲ و ۳۳) همخوانی داشت. با توجه به این که کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی است بیماری‌ها بر آن تاثیر می‌گذارد. اختلال استرس پس از سانحه، در احساسات و رفتار فرد مبتلا تغییراتی را ایجاد می‌کند. مشکلاتی را در روابط نزدیک و صمیمی شان تجربه می‌کنند آن‌ها ممکن است نسبت به فعالیت‌های اجتماعی یا جنسی بی‌علاقه شده و نسبت به دیگران احساس دوری و بیگانگی کنند، و از نظر عاطفی و هیجانی، سرد و بی‌روح شوند. تحریک پذیری، حالت دفاعی، زود از جا پریدن، و اضطراب و نگرانی همه می‌توانند موجب ناآرامی فرد بازمانده شده و او را از داشتن روابط صمیمی و اجتماعی بدون احساس تنش محروم سازند و در نهایت کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. خاطرات جنگ یا فلش بک‌های فرد بازمانده، زندگی با او را شبیه زندگی در منطقه جنگی کرده و منجر به احساس مداومی از نگرانی در مورد خطری مبهم اما وحشتناک می‌گردد. از سوی دیگر، کابوس‌های شبانه نیز مانع از آن می‌شوند که فرد مبتلا، شب را با آرامش در کنار همسرش سپری کند (۳۴). بدین ترتیب شرایط استرس زا منجر به عود

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی و استنباطی آزمون t برای مقایسه کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در فرزندان جانبازان PTSD و غیر PTSD

زیرمقیاس‌ها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	معناداری
عملکرد جسمی	PTSD	۱۰۵	۲۸.۸۸	۲.۵۵	-۰.۵۸۵	۲۵۴	۰.۵۵۹
	Non-PTSD	۱۵۱	۲۹.۱۲	۳.۶۹			
ایفای نقش جسمی	PTSD	۱۰۵	۷.۱۲	۱.۳۶	-۱.۶۷۰	۲۵۳	۰.۰۹۶
	Non-PTSD	۱۵۰	۷.۳۹	۱.۲۰			
درد بدنی	PTSD	۱۰۰	۸.۵۷	۲.۲۰	-۱.۷۷۴	۲۴۵	۰.۰۷۷
	Non-PTSD	۱۴۷	۹.۰۱	۱.۶۶			
سلامت روانی	PTSD	۱۰۲	۲۲.۴۰	۵.۶۳	-۱.۶۷۸	۲۴۸	۰.۰۹۵
	Non-PTSD	۱۴۸	۲۳.۶۱	۵.۵۶			
سلامت عمومی	PTSD	۱۰۲	۱۹.۳۴	۵.۱۴	-۲.۸۵۰	۲۴۵	۰.۰۰۵
	Non-PTSD	۱۴۵	۲۱.۰۱	۴.۰۳			
سرزندگی	PTSD	۱۰۴	۱۸.۳۸	۴.۴۹	-۱.۴۶۴	۲۵۰	۰.۱۴۴
	Non-PTSD	۱۴۸	۱۹.۱۴	۴.۶۳			
عملکرد اجتماعی	PTSD	۹۶	۸.۵۰	۱.۸۹	-۱.۸۷۳	۲۲۹	۰.۰۶۲
	Non-PTSD	۱۳۵	۸.۹۴	۱.۶۷			
ایفای نقش هیجانی	PTSD	۱۰۲	۵.۱۷	۱.۱۷	-۱.۰۵۵	۲۵۰	۰.۲۹۳
	Non-PTSD	۱۵۰	۵.۳۲	۱.۱۱			

اختلال می‌شود و فرد را از لحاظ وضعیت عمومی و روانی و عملکرد اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌دهد.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی همسران جانبازان غیر PTSD در تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی به طور معنی‌داری بیشتر از همسران جانبازان PTSD بود. به بیانی دیگر همسران جانبازان PTSD در مقایسه با همسران جانبازان غیر PTSD از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. نتایج پرنس و همکاران (۳۵) نشان داد که کیفیت زندگی همسران جانبازان PTSD در سطح پایینی قرار دارد و مداخله آموزشی و درمانی، کیفیت زندگی همسران جانبازان PTSD را می‌تواند افزایش دهد. همچنین نتایج حاصل از یک مطالعه کیفی بر روی همسران بیماران روانی نشان داد که مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی روزمره، به طور عمیق کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود را کاهش می‌دهد (۸). شدت PTSD با علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به افزایش فشار روانی مراقبین ارتباط دارد (۱۰). آشکار شده است که بیماری روانی، افراد خانواده به خصوص همسر را تحت تاثیر قرار داده و بر میزان رضایت از ازدواج و خوشبختی تاثیر منفی دارد (۳۶). به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر وضعیت

روانی فرد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی خانواده، به خصوص همسر همچنان ادامه می‌یابد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی به طور معنی‌داری پریشانی‌های ناشی از زندگی با بیمار را دارند. همچنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گردد. از آن جایی که اختلالات روانی و رفتاری بر اقتصاد خانواده و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، همانند یک عامل فشارزا، تمامیت خانواده و کیفیت زندگی اعضا را نیز تهدید می‌نماید.

روبرو شدن با جنگ می‌تواند در درازمدت منجر به رفتارهای ضد اجتماعی و به دنبال آن خشونت‌های فیزیکی گردد و در نهایت به فروپاشی روابط زناشویی می‌انجامد. همان‌طور که گفته شد، این افراد در کنترل خشم خود مشکل دارند، و خشم تاثیر ناخوشایندی بر روابط زناشویی گذاشته و موجب کناره‌گیری عاطفی می‌گردد. و همه اینها باعث می‌شود که عملکرد خانواده پایین بیاید و اعضای خانواده به خوبی نتوانند نقش‌های محول شده درون خانواده را خوب ایفا کنند. در نتیجه کیفیت زندگی پایین آمده و مشکلات روانی را به دنبال دارد.

اختلال استرس پس از سانحه مزمن غالباً با حسی از فقدان اعتماد به دیگران همراه است. این مسائل موجب می‌شوند که دو همسر به خوبی نتوانند با یکدیگر تعامل

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که تنها در مؤلفه سلامت عمومی بین فرزندان جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه با سایر جانبازان تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. به بیان دیگر می‌توان اظهار نمود که بین میانگین کیفیت زندگی فرزندان جانبازان PTSD و غیر PTSD تفاوت معناداری وجود ندارد. به صورت کلی ابتلای افراد به بیماری، اعضای خانواده به خصوص همسر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اما نکته حائز اهمیت در این تحقیق این است که شاید بتوان گفت که ابعاد کیفیت زندگی به گونه ای است که بیشتر در سنین بالاتر مطرح می‌شود به عنوان مثال دردهای جسمی یا محدودیت‌های جسمی در حرکت و کار و یا عملکرد اجتماع بیشتر تحت تاثیر سن و بیماری است. لذا بین ابعاد کیفیت زندگی فرزندان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و سایر جانبازان تفاوت وجود نداشت. از طرفی تحقیق در این زمینه انجام نشده است که بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد و بنابر این تحقیقات بیشتری باید در این راستا انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان همدان انجام شد. بدین وسیله از بنیاد شهید و امور ایثارگران استان همدان، معاونت بهداشت و درمان این سازمان و جانبازان عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

عاطفی داشته باشند. و در نتیجه، احساس بیگانگی و انزوا در میان آنها افزایش می‌یابد. سولورمن در سال ۱۹۸۹ در خانواده‌های سربازان جنگی دریافت که این حس بیگانگی و کناره‌گیری سربازان، همسران آنها را در شرایطی قرار می‌دهد که شدیداً احساس تنهایی کرده و مستعد شکایت‌های جسمانی و روان شناختی می‌گردند. آنها اغلب احساس تحقیر و خشم می‌کنند. قربانیان اختلال استرس پس از سانحه نیز این واکنش همسران شان را به منزله عدم درک تلقی کرده و در نتیجه باز هم بیشتر از گذشته از همسران شان کناره می‌گیرند. به اعتقاد پیرز این احساس گناره‌گیری ممکن است موجب شود که قربانیان خود را برای همیشه از کسانی که تجاربی مشابه آنان نداشته اند و از جمله همسر، پنهان سازند (به نقل از ۱۳). چنین به نظر می‌رسد که گذشت زمان و طولانی شدن مشکلات روانی قربانیان جنگ، بر تشدید و بروز مشکلات روانی همسران موثر است. شاید همسران در ابتدا و اوایل زندگی مشترک بتوانند در مقابل بروز و تشدید اختلالات ناشی از بیماری روانی شوهر مقاومت کنند، اما طولانی شدن مشکلات این بیماران، وضعیت روانی آنها را نیز متاثر می‌سازد (۱۱) بنابراین کاهش استرس و ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه، موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب نظران بهداشتی قرار گرفته است. امروزه آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط از جمله مهارت حل تعارض، به عنوان یکی از چندین مهارت زندگی، از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۷) تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت از همسر بیماران به عنوان مهمترین عامل همراه با ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است (۳۷). بنابراین با حمایت‌های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می‌توان میزان پذیرش بیماران در خانواده را افزایش، عود بیماری را کاهش و روابط خانوادگی را مستحکم تر و رفاه و بهبود زندگی اعضا خانواده را تأمین نمود.

منابع

1. Katschnig, H. (2006). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3–17). Chichester, England: John Wiley & Sons.
2. Testa, M.A. Simonson D.C (1996) Assessment of quality of life outcomes. *New England journal of Medicine*. 334 (13) 835-840.
3. Riberio, J. (2004). Quality of life is a primary end point in clinical setting. *Clinical nutrition*. 23 (1): 121-130.
4. Oliver. A. (1997). *Quality of life and mental Health services*, First Edition. New York.
5. Anisi, J. The study of mental status of neuro-psycho veteran wives in comparison with non neuro psycho veteran wives (1998), M.A. dissertation, Allameh Tabatabaai university.
6. Sirati, M. The study of individual, family, social, and economic effective factors on mental health relapse in veterans' view (2002). Research design of Medical sciences university of Bagiyatollah.
7. Ahmadzadeh, G.H.; Malekian, A. The comparison of aggression, anxiety, and social growth in adolescent children of PTSD veterans and adolescent children of non veterans in Esfahan (2003). *Quarterly Journal of Medical Sciences of Lorestan*, 5, 19.
8. Jungbauer Y, wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC.(2004). The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr ball*. 30(3): 665-75.
9. Radfar, S. The study of mental health of veterans' children in 15-18 years old (2005). *Military medicine* 3, 205.
10. Calhoun, P, S. Bekham, J. C., Boswooth, H. B. (2002). Caregives and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3): 205-212.
11. Dejkam, M.; Aminolraaia, The comparison of neuro psycho veteran wives' mental health who referred to Sadr hospital with neuro psycho veteran wives' mental health who referred to Emam Hosein hospital (2003). The first scientific conference of veteran and family, PP. 114.
12. Ray, S. L. and Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies* 46: 838–847
13. Catherall, Don T. (2004). *Handbook of stress, Traum, and the Falmily*. Brunner – Routledge. Taylor & Fracvis group. USA.
14. Link, David J (2005). *Fire from a cloudless Sky: A qualitative Study of loss, Trauma, and Resilience in the Families of surviving New York city fire fighters in the wake of the Terrorist Attack of September 11 th*. Coulumbia University.
15. Salami, S, H., Azad – Marzabadi, E., Mirzamani, M & Hosseini- Sangtarashani, A. (2006). Being a wife of a veteran with Psychiatric problem of chemical warfare Exposure: A Preliminary Report from Iran. *Iranian Journal of psychiatry*. Vol, 1, No, 2.
16. Park, S. (1995). *Text Book of preventive and social Medicn*. Fourth Edition. India.
17. Trask, P. C., Paterson, A.G., Griffith, K.A., Riba, M. B., Schwartz, J. L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*. 15:98(4):854-64.
18. Sigle-Rushton, W. & McLanahan, S. (2002), 'Father absence and child wellbeing: A critical review, Paper presented at the Conference on Public Policy and the Future of the Family.
19. Martens, L., Addington J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36:128–133.
20. Davidson, A. C., & Mellor, D. J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma? *Australian and New Zealand, Journal of Psychiatry*, 35, 345–351.
21. King. D. W., Taft, C, King, L. A., Hammond, C, Stone, E. R. (2006). Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*. 36(12):2980–2992.
22. Sayers, S. L., Farrow, V. A., Ross, J., & Oslin, D. W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 163–170.
23. Renshaw, K. D., Rodrigues, C. S., & Jones, D. M. (2008). Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom Veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *Journal of Family Psychology*, 22, 586–594.
24. Renshaw, K. D. Rodrigues, C. S and et al. (2009). "Combat exposure, psychological symptoms, and marital satisfaction in National Guard soldiers who served in Operation Iraqi Freedom from 2005 to 2006." *Anxiety Stress and Coping* 22(1): 101-115.
25. Taft, C., Schumm, J., Panuzio, J and Susan, P. (2008). An Examination of Family Adjustment among Operation Desert Storm Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, (4): 648-656

26. Vasterling, J. J., Schumm, J., Proctor, S. P., Gentry, E., King, D. W., & King, L. A. (2008). Post traumatic stress disorder and health functioning in a non-treatment-seeking sample of Iraq war veterans: A prospective analysis. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45, 347-358.
27. Carlson, E & Ruzek J. (2005). PTSD and family. National center for PTSD. U.S. Department of veteran's affairs. available from www.ncptsd.va.gov/facts/specific/ps-family.html
28. Nichols, W. C, Pace – Nichols, M, A, Becvar, D. S & Mapier, A. R (2000). *Handbook of Family Development and Intervention*. Wiley press.
29. Asgarimogadam, M.A., Fagihi, S. Reliability and validity of health questionnaire in Iranian sample (2003). *Daneshvar*, 10, 1, PP. 1-11.
30. Montazeri Ali, Goshtasbi Azita, Vahdaninia M., and Gandek B. (2005) .The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14: 875-82
31. Eshaghi, S. R., Ramezani, M. A., Shahsanaee, A., & Pooya, A. (2006). Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population American. *Journal of Applied Sciences*, 3, 1763-1766
32. Richardson, D., Mary F., Pedlar, D. Elhai., J. (2008). Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life among a Sample of Treatment-and Pension-Seeking Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(9):594-600.
33. Schnurr.P, Lunney, C. (2008). Exploration of gender differences in how quality of life relates to posttraumatic stress disorder in male and female veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 45(3): 383-394
34. National Center for Posttraumatic Stress Disorder. United States Department of Veteran Affairs. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35:5, 390-398.
35. Parand, A.; Sirati, N.; Khaganizade, M.; Karimi, M.; & Zarchi, A.A. The comparison of effectiveness of conflict solving and relaxation method on veteran wives' quality of life with PTSD and major depression (2007). *Quarterly of Mental Hygiene*, 8(33), PP. 68-78.
36. Benazon, N., R, Coyne, J., C. (2000). Living with depressed spouse. *Journal of family psychology*, 14: 71-79.
37. Sheija, A, Manigandan, C. (2005). Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *International Journal of Rehabilitation Research*; 28(4):379-383.