

اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۴

آرزو یوسفی*، پروین رفیعی نیا**، پرویز صباحی***

چکیده

مقدمه: جنگ علاوه بر عوارض و اختلالات جسمی و روانی برای رزمندگان، خانواده آنان را نیز در معرض خطر و مشکلات قرار می دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر به صورت شبه آزمایشی بوده است که در آن ۳۰ نفر از همسران جانبازان دچار اختلال PTSD شهر دهلران به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. برنامه آموزش گروهی امید درمانی برای گروه آزمایش طی هشت هفته و در هشت جلسه دو ساعته اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. این پرسشنامه در سه مرحله، قبل، بعد و دو ماه پس از مداخله (مرحله پیگیری) در دو گروه اجرا شد. **یافته ها:** بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در دو مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معنا داری افزایش یافت. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش که مبین تأثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی است، پیشنهاد می گردد جهت ارتقای کیفیت زندگی افراد جامعه، به ویژه خانواده جانبازان، از برنامه امید درمانی استفاده گردد. **واژه های کلیدی:** امید درمانی، کیفیت زندگی، همسر جانباز، اختلال استرس پس از سانحه

arezoo.yoosefi@gmail.com
p_rafeinia@semnan.ac.ir
p_sabahi@semnan.ac.ir

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
** نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
*** استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

از عوارض جنگ برای افرادی که به طور مستقیم و غیر مستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، مشکلات جسمی و روانی است. مشکلات جسمی معمولاً منجر به نقص عضو می‌شوند؛ اما جراحات روانی تا مدت‌ها، حتی پس از جنگ، گریبان‌گیر آسیب دیدگان هستند. نه تنها فرد آسیب دیده از نظر روانی دچار اختلال می‌شود، بلکه محیط خانواده نیز به تبعیت از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد [۱، ۲]. جنگ به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی به حساب می‌آید. به سبب تنیدگی‌های ناشی از جنگ و آثار مخرب آن بر روح و روان فرد بازگشته از جنگ، تأثیر نامطلوب جنگ روی خانواده، به خصوص همسر، همچنان تا مدت‌ها پس از جنگ، ادامه می‌یابد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۶۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال روانی با خانواده خود زندگی می‌کنند [۳، ۴].

یکی از پیامدهای روانی برای بازگشتگان جنگ، اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) است. میزان شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از سانحه حدود ۸ درصد (در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد) است؛ همچنین میزان شیوع بیماری‌های همراه با اختلال PTSD زیاد است؛ به شکلی که حدود دو سوم بیماران لااقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند [۵]. در پژوهشی که بر اساس سوابق و تشخیص مندرج در پرونده‌های جانبازان اعصاب و روان صورت گرفت، بیش از ۸۰ درصد آنان دچار اختلال PTSD بوده‌اند که شدت علائم از ضعیف تا بسیار شدید را در بر می‌گیرد [۶، ۷]. اختلال استرس پس از سانحه، یکی از اختلالاتی است که نه تنها می‌تواند کیفیت زندگی جانباز، بلکه کیفیت زندگی خانواده و جامعه وی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده این جانبازان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند [۸]. کالهن و همکاران طی مطالعه‌ای دریافته‌اند که شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به PTSD، با افزایش فشار روانی مراقبین ارتباط دارد [۹]. همسران بازگشتگان جنگ که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند، دچار مشکلاتی،

مانند انزوا، تنهایی، از خود بیگانگی، عزت نفس پایین، درماندگی، احساس گناه، افسردگی و سایر مشکلات روانی رنج می‌شوند و به طور خاصی درگیر عوارض ناشی از معلولیت‌های جسمی و عوارض روحی به جا مانده در جانباز می‌باشند [۱۰]. نتایج حاصل از یک مطالعه کیفی روی همسران بیماران روانی، نشان داد که مسئولیت‌های دشوار در زندگی روزمره، به طور معناداری کیفیت زندگی و رضایت‌مندی زناشویی همسران را کاهش می‌دهد. [۱۱]. نتایج مطالعه دژکام [۳] نشان داد که میزان اضطراب در همسران جانبازان اعصاب و روان، بیشتر از همسران بیماران غیر اعصاب و روان است.

همان‌گونه که قبلاً نیز مطرح شد، اختلالات روانی نه تنها بر کیفیت زندگی افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد؛ بلکه همانند یک عامل تنیدگی‌زا، کیفیت زندگی اعضای خانواده فرد مبتلا، از جمله همسران آنها را

نیز تهدید می‌نمایند [۱۲]؛ بنابراین پرداختن به روش‌های ارتقای کیفیت زندگی، در همسران مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه نیز امری مهم و قابل توجه است. کیفیت زندگی درکی است که افراد در زمینه فرهنگی و نظام ارزشی از موقعیت خود دارند و با اهداف، انتظارات و معیارهای آنها در ارتباط است. کیفیت زندگی درجه‌ای از احساس رضایت و لذت است که یک فرد از امکانات موجود در زندگی دارد [۱۳]. امروزه پژوهشگران معتقدند که ارتقای کیفیت زندگی، سلامت بهتر و ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر رهنمون می‌سازد [۱۴].

تاکنون تأثیر روش‌های درمانی مختلف، از جمله روش‌های حل تعارض و آرام‌سازی عضلانی [۱۵، ۳۱] بر کیفیت زندگی همسران مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، و نیز اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی [۱۶] مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که یکی از روش‌های ارتقای کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر امید است [۱۷].

قبل از پرداختن به مفهوم امید درمانی، لازم است اشاره شود که امید به عنوان یک ویژگی شخصیتی اساسی در

1- post traumatic stress disorder

برای دنبال کردن اهداف و چارچوب بندی مجدد موانع به صورت چالش هایی برای غلبه بر آنها و رسیدن به پیروزی است [۲۸].

بنا بر آنچه گفته شد، مراقبت از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، می تواند سبب افزایش آسیب های جسمی و روانی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی در همسران آنها شود، بنابراین توجه به کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه، هم به لحاظ سلامت خودشان و هم پیامدهای تأثیرگذار آن برای سلامت، رفاه و موفقیت در توانبخشی جانبازان مبتلا به PTSD حائز اهمیت است؛ از سوی دیگر، مطالعات محدودی در خصوص روشهای ارتقای کیفیت زندگی و سطح سلامت مراقبان بازماندگان جنگ انجام شده؛ بویژه اینکه، تأثیر امید درمانی در این زمینه مورد بررسی قرار نگرفته است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه می باشد و این مسأله مطرح است که آیا امید درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه تاثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر در گروه پژوهش های شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل قرار می گیرد. متغیر مستقل، امید درمانی بود که تنها در گروه آزمایش، اعمال شد و تاثیر آن بر نمرات کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد بررسی قرار گرفت.

آزمودنی ها: جامعه آماری پژوهش حاضر را همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه تشکیل دادند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه می باشد، که به شیوه نمونه گیری هدفمند از بین ۵۰ نفر از همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه که در دی الی بهمین ماه ۱۳۹۲ به بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان دهلران مراجعه نموده بودند، انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار داده شدند. ملاک های ورود نمونه به پژوهش عبارت بودند از: محدوده سنی ۴۰ تا

زندگی انسان و همچنین یک نیروی شفا بخش و مروج زندگی بهتر در نظر گرفته شده است. امید رسیدن به حالتی است که به فرد اجازه می دهد به شرایط جدید و یا آشفته پاسخ مناسب ارائه دهد [۱۸] و این امکان را فراهم می سازد که زمانی که دستیابی به اهداف قدیمی و راهبردهای گذشته به علت مشکلات امکان پذیر نیست، فرد به تعیین اهداف جدید و انتخاب راه های جایگزین برای رسیدن به آنها بپردازد [۱۹]. اشنایدر و همکاران امید را مرکب از مؤلفه های قدرت اراده یا تفکر، قدرت راهیابی یا تفکر برنامه ریزی، هدف و تشخیص موانع می دانند [۲۰]. هاسون - اوهایون و همکاران^۱ در پژوهش خود نشان دادند که امید در بیماران، به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و افزایش کیفیت زندگی می انجامد [۲۱]. جانسون^۲ بیان کرد که مجروحین جنگی دچار استرس پس از سانحه که دارای سطوح پایینی از امید بودند، پس از افزایش میزان امید، کیفیت زندگی بهتری داشتند [۲۲]. کاو و همکاران^۳ اظهار داشتند افرادی که سطوح بالاتری از امید را داشتند، پریشانی کمتری نشان دادند [۲۳]. هو و همکاران، امید را به عنوان یکی از ده عامل بهبود بیماری و از عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در نظر گرفتند [۲۴]. آموزش می تواند باعث افزایش بهداشت و پذیرش همسران جانبازان در مراقبت از خود باشد [۲۵]. امید درمانی^۴، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اشنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت های مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است [۲۶]. اشنایدر در بین درمان های روان شناختی، امید درمانی را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار داده است. او به عنوان بنیان گذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای، شامل توانایی طراحی گذرگاه ها^۵ تعریف کرده است [۲۷]. امید درمانی از درمان شناختی - رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعان در جهت فرمول بندی اهداف و ساختن گذرگاه های متعددی برای رسیدن به آنها، برانگیختن خود

- 1- Hasson- Ohayon, L. et al
- 2- Johnson, K. L
- 3- Kao et al
- 4- Hope therapy
- 5- Path way

همسران جانبازان دچار PTSD به عمل آمد. در آغاز برای شرکت کنندگان یک پیش‌آزمون اجرا شد که در آن به پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دادند؛ از بین ۵۰ نفر مراجعه کننده در دی الی بهمن ماه، تعداد ۳۰ نفر از آزمودنی‌هایی که نمراتشان در مولفه‌های کیفیت زندگی، یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود و بر حسب دیگر ملاک‌های ورود و خروج که در بخش‌های پیشین به آن اشاره شد، انتخاب و ۱۵ نفر از آنها در گروه کنترل و ۱۵ نفر دیگر در گروه آزمایش گمارده شدند. هنگام اجرای درمان، ضمن توضیح در مورد روند آن، از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کسب شد. روان‌شناس مجری طرح، یک روز در هفته به مدت دو ساعت طی دو ماه به ارائه امید درمانی طبق راهنمای درمان‌شناسان اقدام نمود. امید درمانی از نظر شناسایی، فرایند فعالانه‌ای است که هدف اصلی آن آموزش به مراجع است تا به صورت فعالانه مشکلات خود را شناسایی، و با اراده و تنظیم هدف، تا حصول نتیجه اهداف خود را دنبال کنند [۳۱]. در این روش، با ادغام قواعد و فنون درمانی متعدد به مراجع کمک می‌شود تا امید ذاتی موجود در خود را بیابد و در جهت ابقا و استمرار امید، برنامه ریزی و تلاش کند [۳۲]. در پایان جلسات افراد گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شرکت نموده و به پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دادند. ۲ ماه پس از خاتمه درمان، به منظور ارزیابی میزان ماندگاری مداخلات صورت پذیرفته، ارزیابی در مرحله پیگیری از آزمودنی‌ها به عمل آمد. محتوای اصلی جلسات هشتگانه امید درمانی در پژوهش حاضر، با عنایت به نظریه‌شناسان [۳۱] در جدول ۱ آمده است. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکراری استفاده شد.

۵۵، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، همسر جانباز دچار اختلال استرس پس از سانحه بودن (منظور از جانباز دچار اختلال استرس پس از سانحه، جانبازی است که دارای گواهی مجروحیت از ۵ تا ۷۰ درصد و مدارک همزمان دال بر PTSD می‌باشد و توسط روانپزشک تشخیص داده می‌شود)، کسب نمره یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، داشتن حداقل دو فرزند و ازدواج پیش از مجروحیت همسر. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی، تحت درمان یا برنامه آموزشی دیگر بودن و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی.

ابزار

۱- پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسشنامه ۳۶ عبارتی توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. هشت حیطه مختلف سلامت در این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که عبارتند از: (۱) سلامت عمومی؛ (۲) عملکرد جسمانی؛ (۳) محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفه؛ (۴) درد بدنی؛ (۵) عملکرد اجتماعی؛ (۶) انرژی و شادابی و (۷) سلامت روانی. سوالات با مقیاس لیکرت درجه بندی شده که امتیاز بیشتر، نشان دهنده‌ی وضع مطلوب‌تر است. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر، و بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌گردد. در ایران نیز در مطالعات متعددی این پرسشنامه استفاده و اعتبار علمی آن آزموده شده است. از جمله، پرنده [۲۹] در پژوهشی، اعتبار علمی این پرسشنامه را با استفاده از روش اعتبار سنجی محتوایی و آزمون مجدد مورد سنجش قرار داد و ضریب همبستگی (r) این پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش نموده است. پایایی و روایی پرسشنامه در ایران روی ۴۱۶۳ نمونه مطالعه شده است که از این تعداد ۲۱۶۶ نفر زن بودند. میزان پایایی این پرسشنامه در ایران در تمامی حیطه‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ می‌باشد. [۳۰]

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای امید درمانی در این پژوهش، پس از مراجعه به بنیاد شهید و امور ایثارگران، به کمک بخش مددکاری اجتماعی بنیاد، فراخوانی برای

جدول (۱) محتوای اصلی جلسات امید درمانی

| | |
|------------|---|
| جلسه اول | آشنایی درمان گر و شرکت کنندگان با یکدیگر، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی بر اساس نظریه امید. |
| جلسه دوم | تبیین چگونگی رشد امید، ضرورت وجود، پیامد های مثبت و تاثیر آن بر ناامیدی، افسردگی و احساس پوچی. |
| جلسه سوم | ترغیب شرکت کنندگان به تعریف کردن داستان زندگی خود جهت یافتن نقاط امید بخش در زندگیشان. |
| جلسه چهارم | تبیین این داستان ها بر اساس نظریه امید و قالب بندی مجدد آنها، شناسایی موفقیت های گذشته اعضا به منظور کشف عامل و گذرگاه های این موفقیت ها. |
| جلسه پنجم | مطرح کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و تشخیص میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات. |
| جلسه ششم | ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب اهداف مناسب و بیان ویژگی های این اهداف برای آنها، کمک به افزایش میزان امید در شرکت کنندگان. |
| جلسه هفتم | بیان ویژگی های گذرگاه های مناسب و ترغیب شرکت کنندگان به انتخاب راهکارهای مناسب جهت رسیدن به اهداف تعیین شده، تبدیل گذرگاه ها به مجموعه ای از گام های کوچک و تعیین گذرگاه های جانشین، کمک به شرکت کنندگان جهت حفظ و بقای امید. |
| جلسه هشتم | طرح راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، از جمله خودگویی های مثبت و تصور ذهنی، تبدیل شرکت کننده به یک امید درمان گر و توانا ساختن وی در تعیین اهداف و موانع، ایجاد و حفظ عامل رسیدن به هدف در خود و تشخیص گذرگاه های لازم [۲۹]. |

یافته ها

متغیر های جمعیت شناختی، از جمله سن، تعداد فرزندان و مدت زمان ازدواج، پیش از مداخله همسان بوده و تفاوت معنی دار ($p > 0.05$) نداشتند. نتایج مربوط به یافته های توصیفی (شامل میانگین و انحراف استاندارد) مؤلفه های کیفیت زندگی به تفکیک دو گروه (کنترل و آزمایش) و در مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه کنترل، به ترتیب ۴۹/۴۷ و ۱/۳۵ و در گروه آزمایش ۴۶/۴۷ و ۲/۸۶ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان ازدواج در گروه کنترل، به ترتیب ۳۰ و ۲/۲۶ و در گروه آزمایش به ترتیب ۲۹/۸۷ و ۲/۳۸ بود؛ میانگین و انحراف استاندارد تعداد فرزندان برای گروه کنترل به ترتیب ۳/۴۰ و ۱/۱۲؛ و برای گروه آزمایش، به ترتیب ۳/۹ و ۱/۱۰ بود. وضعیت هر دو گروه از لحاظ درآمد در حد متوسط بود. دو گروه از نظر

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های کیفیت زندگی در سه مرحله ارزیابی در دو گروه کنترل و آزمایش

| مؤلفه ها کیفیت زندگی | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|-------------------------|--------|-----------|------------------|----------|------------------|--------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| سلامت عمومی | کنترل | ۶ | ۰/۷۵ | ۵/۵۳ | ۱/۸۷ | ۵/۴۶ |
| | آزمایش | ۵/۵۳ | ۱/۱۵ | ۱۱/۳۳ | ۲/۰۲ | ۲/۰۵ |
| عملکرد جسمانی | کنترل | ۱۴/۴۶ | ۱/۹۲ | ۱۳/۷۳ | ۱/۹۰ | ۱/۹۲ |
| | آزمایش | ۱۳/۵۳ | ۲/۷۰ | ۲۱/۹۳ | ۴/۸۱ | ۲۱/۹۳ |
| محدودیت ایفای نقش جسمی | کنترل | ۴/۰۶ | ۰/۲۵ | ۴/۶۰ | ۲/۰۶ | ۳/۹۳ |
| | آزمایش | ۴/۰۶ | ۰/۲۶ | ۷/۱۸۶ | ۱/۰۲ | ۷/۶۰ |
| محدودیت ایفای نقش عاطفی | کنترل | ۴/۰۶ | ۱/۲۲ | ۳/۶۰ | ۰/۹۸ | ۳/۲۶ |
| | آزمایش | ۴/۲۶ | ۰/۹۴ | ۶/۰۶ | ۰/۷۷ | ۶/۰۰ |
| درد بدنی | کنترل | ۶/۹۳ | ۰/۴۵ | ۶/۲۶ | ۱/۰۹ | ۶/۶۰ |
| | آزمایش | ۶/۸۶ | ۰/۳۶ | ۵/۸۰ | ۰/۷۷ | ۵/۹۳ |
| عملکرد اجتماعی | کنترل | ۶/۲۰ | ۰/۷۹ | ۵/۸۰ | ۱/۲۶ | ۶/۰۶ |
| | آزمایش | ۶/۱۴ | ۰/۵۳ | ۵/۶۶ | ۰/۴۹ | ۶/۶۶ |
| انرژی و شادابی | کنترل | ۶/۱۳ | ۱/۴۰ | ۵/۶۰ | ۱/۱۸ | ۶ |
| | آزمایش | ۵/۵۳ | ۱/۳۴ | ۱۲/۱۳ | ۱/۷۷ | ۱۲/۳۳ |
| سلامت روانی | کنترل | ۷/۵۳ | ۱/۴۰ | ۷ | ۱/۹۲ | ۷/۲۶ |
| | آزمایش | ۷/۲۰ | ۱/۷۱ | ۱۳/۶۶ | ۱/۹۱ | ۱۲/۵۰ |

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به جز عملکرد اجتماعی، در گروه آزمایش در دو مرحله پس از آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون افزایش یافته و در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نمی‌شود. بیشترین میزان افزایش میانگین مربوط به مؤلفه انرژی و شادابی، و کمترین میزان افزایش مربوط به مؤلفه محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی می‌باشد. به منظور بررسی اثربخشی این درمان، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لون برای یکسانی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش، بیانگر تفاوت واریانس خطای

متغیر زمان مراحل مختلف آزمایش در افراد بود. از این رو از آزمون کرویت مویلی به منظور بررسی کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته، استفاده شد. با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری مشخص شد که پیش فرض کرویت مویلی تایید می‌شود و می‌توان کرویت ماتریس واریانس - کوواریانس متغیر وابسته را برای تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جزء مؤلفه‌های درد بدنی، نقش اجتماعی و عملکرد جسمانی پذیرفت. از این رو نتایج تصحیح شده برای هر کدام از مقادیر اسپیلون محاسبه شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در مؤلفه‌های کیفیت زندگی در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳) نتایج آزمون کرویت مویلی

| اثر بین گروهی | | آزمون ماچلی | تخمین خطای دو | Df | سطح معنی‌داری | اسپیلون | |
|----------------|-------|-------------|---------------|--------|---------------|---------------|-------------|
| عامل‌ها | | | | | | گربنهاوس-گیسر | هونین - فلت |
| سلامت عمومی | ۰/۹۵۴ | ۱/۲۲۶ | ۲ | ۰/۵۴۲ | ۰/۹۵۶ | ۱ | ۰/۵۰۰ |
| درد | ۰/۵۲۰ | ۱۶/۹۹۰ | ۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷۶ | ۰/۷۲۵ | ۰/۵۰۰ |
| عملکرد اجتماعی | ۰/۸۹۸ | ۲/۷۹۲ | ۲ | ۰/۲۴۸ | ۰/۹۰۸ | ۱ | ۰/۵۰۰ |
| سلامت روانی | ۰/۸۳۲ | ۴/۷۶۷ | ۲ | ۰/۰۹۲ | ۰/۸۵۷ | ۰/۹۴۳ | ۰/۵۰۰ |
| انرژی و شادابی | ۰/۸۵۲ | ۴/۱۷۸ | ۲ | ۰/۱۲۴ | ۰/۸۷۱ | ۰/۹۶۰ | ۰/۵۰۰ |
| نقش عاطفی | ۰/۹۵۲ | ۱/۲۶۸ | ۲ | ۰/۵۳۱ | ۰/۹۵۵ | ۱ | ۰/۵۰۰ |
| نقش اجتماعی | ۰/۳۷۶ | ۲۵/۴۳۶ | ۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۱۶ | ۰/۶۵۴ | ۰/۵۰۰ |
| عملکرد جسمانی | ۰/۶۲۶ | ۱۲/۱۷۹ | ۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۷۲۸ | ۰/۷۸۷ | ۰/۵۰۰ |

زمان و گروه

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

| مؤلفه‌های کیفیت زندگی | مجموع مجذور | درجه آزادی | میانگین مجذور | F | سطح معنی‌داری | مجذور اتا |
|-----------------------|-------------|------------|---------------|---------|---------------|-----------|
| سلامت عمومی | ۱۰۷/۷۳۴ | ۱ | ۱۰۷/۷۳۴ | ۷۲/۸۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۰ |
| درد بدنی | ۱۰/۷۷ | ۱ | ۱۰/۷۷ | ۴/۱۱۵ | ۰/۰۵۲ | ۰/۱۳۲ |
| عملکرد اجتماعی | ۰/۱۹۷ | ۱ | ۰/۱۹۷ | ۰/۴۱۹ | ۰/۱۰۰ | ۰/۰۱۵ |
| سلامت روان | ۱۱۱/۴۹۰ | ۱ | ۱۱۱/۴۹۰ | ۵۸/۹۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۶ |
| انرژی و شادابی | ۱۲۱/۰۶۹ | ۱ | ۱۲۱/۰۶۹ | ۶۷/۶۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۵ |
| محدودیت عاطفی | ۲۱/۳۶۰ | ۱ | ۲۱/۳۶۰ | ۶۹/۵۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۰ |
| محدودیت جسمانی | ۳۸/۳۰۷ | ۱ | ۳۸/۳۰۷ | ۱۰۲/۱۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹۱ |
| عملکرد جسمی | ۲۰۲/۸۰۲ | ۱ | ۲۰۲/۸۰۲ | ۲۴/۵۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۷ |

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در بررسی ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که در سه مرحله ارزیابی، بین همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی به جز درد بدنی و عملکرد اجتماعی تفاوت‌ها معنی‌دار بود؛ از این رو می‌توان نتیجه‌گیری کرد که

امید درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان مؤثر است. جدول ۵ نتیجه آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز جهت بررسی معنی‌داری اثر تعاملی متغیرهای مستقل مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۵) نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز جهت بررسی معناداری اثر زمان، گروه و اثر تعاملی زمان و گروه

| اثر | آزمون | ارزش | F | سطح معنی داری | ضریب اتا |
|------------|-------------|------|-------|---------------|----------|
| بین گروهی | گروه | ۰/۱۱ | ۲۰/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ |
| درون گروهی | زمان | ۰/۰۲ | ۲۷/۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |
| تعاملی | زمان و گروه | ۰/۰۲ | ۳۴/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷ |

معنادار می باشد. می توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. جدول ۶ نتایج مقایسه زوجی دو گروه در متغیر های پژوهش در سه مرحله آزمایش را نشان می دهد.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، نتایج این تحلیل با توجه به میزان F و سطح معنی داری نشان داد که این مدل ها اثر زمان، گروه و اثر تعاملی زمان و گروه بر ابعاد کیفیت زندگی معنی دار است. همان طور که از جدول ۵ مشاهده می شود، تاثیر زمان بر نمرات کیفیت زندگی

جدول ۶) مقایسه زوجی دو گروه در متغیر های پژوهش در سه مرحله آزمایش

| مؤلفه ها | مقایسه مراحل آزمایش در گروه کنترل و آزمایش | تفاوت میانگین ها | درجه آزادی | t | سطح معناداری |
|-----------------------------------|--|------------------|------------|-------|--------------|
| سلامت عمومی | مقایسه پیش آزمونها | -۰/۴۶ | ۲۸ | -۱/۲۸ | ۰/۲۱ |
| | مقایسه پس آزمونها | ۵/۸۰ | ۲۸ | ۸/۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۵/۷۳ | ۲۸ | ۱۰/۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| درد بدنی | مقایسه پیش آزمونها | -۰/۰۶ | ۲۸ | -۰/۴۴ | ۰/۶۵ |
| | مقایسه پس آزمونها | -۰/۴۶ | ۲۸ | -۱/۳۴ | ۰/۱۹ |
| | مقایسه پیگیری ها | -۰/۶۶ | ۲۸ | -۱/۸۷ | ۰/۰۷ |
| عملکرد اجتماعی | مقایسه پیش آزمونها | ۰/۱۳ | ۲۸ | ۰/۵۲ | ۰/۶۰ |
| | مقایسه پس آزمونها | -۰/۱۳ | ۲۸ | -۰/۳۸ | ۰/۷۰ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۰/۶۰ | ۲۸ | ۲/۱۵ | ۰/۰۴ |
| سلامت روان | مقایسه پیش آزمونها | -۰/۳۳ | ۲۸ | -۰/۵۹ | ۰/۵۵ |
| | مقایسه پس آزمونها | ۶/۶۶ | ۲۸ | ۹/۳۲ | ۰/۰۰۱ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۵ | ۲۸ | ۸/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| انرژی و شادابی | مقایسه پیش آزمونها | -۰/۶۰ | ۲۸ | -۱/۲۱ | ۰/۲۳ |
| | مقایسه پس آزمونها | ۶/۵۳ | ۲۸ | ۱۲/۰۸ | ۰/۰۰۱ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۶/۳۳ | ۲۸ | ۹/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی | مقایسه پیش آزمونها | -۰/۲۰ | ۲۸ | -۰/۴۹ | ۰/۶۲ |
| | مقایسه پس آزمونها | ۲/۴۶ | ۲۸ | ۷/۵۳ | ۰/۰۰۱ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۲/۷۳ | ۲۸ | ۲۳/۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی | مقایسه پیش آزمونها | ۰/۰۰ | ۲۸ | ۰/۰۰ | ۱ |
| | مقایسه پس آزمونها | ۳/۲۶ | ۲۸ | ۵/۵۲ | ۰/۰۰۱ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۳/۶۳ | ۲۸ | ۱۴/۴۶ | ۰/۰۰۱ |
| عملکرد جسمانی | مقایسه پیش آزمونها | -۰/۹۳ | ۲۸ | -۱/۱۰ | ۰/۲۷ |
| | مقایسه پس آزمونها | ۸/۲۰ | ۲۸ | ۶/۱۱ | ۰/۰۰۱ |
| | مقایسه پیگیری ها | ۷/۸۶ | ۲۸ | ۶/۲۹ | ۰/۰۰۱ |

گروه کنترل و آزمایش در هیچکدام از مؤلفه های کیفیت زندگی تفاوت معناداری با هم نداشتند. بر اساس نتایج این

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، بر اساس t به دست آمده و سطح معناداری ($p < 0/05$)، پیش آزمونها دو

تایید کرده است [۳۴]. جانسون [۲۲] در پژوهشی نشان داد مجروحین جنگی دچار استرس پس از سانحه که دارای سطوح پایینی از امید بودند، پس از افزایش میزان امید، کیفیت زندگیشان افزایش یافت. لویز و اشنایدر [۳۵]، به این نتیجه رسیدند که امید درمانی با تغییر در نظام انگیزشی افراد، ایجاد تفکر سازنده، ایجاد هدفمندی، باز نمودن مسیر های جدید تفکر، و افزایش مقاومت افراد نسبت به تحمل فشارهای ناشی از مشکلات مزمن، سلامتی عمومی و کیفیت زندگی افراد را بهبود می بخشد. هاسون - اوهایون و همکاران [۲۱] در پژوهشی نشان دادند که امید در بیماران، به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و افزایش کیفیت زندگی می انجامد. هو و همکاران [۲۴] امید را به عنوان یکی از ده عامل بهبود بیماری و از عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در نظر گرفتند. یافته های پژوهش اشنایدر، آبروینگ و آندرسن [۳۲] نشان می دهد که ارتقای امید یک راه مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری های مزمن می باشد. از نظر این محققین، متعاقب امید افزایی، شاهد افزایش سطح کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می باشیم [۳۶]. در تبیین یافته های پژوهش حاضر، می توان گفت که این درمان موجب افزایش امید در همسران جانبازان مبتلا به اختلال PTSD می شود. بالا رفتن میزان امید، موجب افزایش خصوصیات مثبت فردی، ترتیب دادن اهداف در زندگی و در نتیجه توصیف مجدد آینده، معنی دار بودن زندگی، آرامش، انرژی و سرزندگی در همسران جانبازان مبتلا به اختلال PTSD می شود. داشتن هدف و امید به دستیابی به آن، به زندگی معنا داده و شخص را در مسیر خاصی قرار می دهد. امیدواری با ایجاد احساس امکان پذیر بودن یک رویداد یا رفتار مطلوب در آینده و با تعیین اهداف مهم، قابل اندازه گیری و قابل دستیابی و یافتن گذرگاههای متعدد جهت رسیدن به آنها، منجر به کاهش افسردگی می شود؛ در نتیجه با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش میزان شادی و به عبارتی ایجاد تعادل عاطفی در این افراد، محدودیت های ایفای نقش به دلایل عاطفی را در آنها کاهش می دهد؛ به علاوه افکار امیدوارانه با ایجاد انتظارات مثبت، به سلامت روان آنها کمک می نماید [۲۶]. امید همبسته های زیست شناختی متعددی دارد؛ مثل کارکرد

جدول، در مقایسه پس آزمونها و پیگیری های دو گروه با هم، در تمامی مؤلفه ها، به جز درد بدنی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج بیانگر آن است که امید درمانی، به طور معناداری بر کیفیت زندگی همسران جانبازان PTSD گروه آزمایش مؤثر بوده است.

بحث

بیماری روانی یکی از اعضای خانواده، افراد خانواده به خصوص همسر را تحت تأثیر قرار داده و بر میزان رضایت از ازدواج و خوشبختی تأثیر منفی دارد [۳۳]. مطالعات نشان داده است که همسران جانبازان دچار اختلال PTSD در مقایسه با همسران دیگر جانبازان، از اختلالات اضطرابی، افسردگی و پرخاشگری بیشتری شکایت دارند [۱]. همسران بازگشتگان جنگ که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می باشند، از مشکلاتی، مانند انزوا، تنهایی، از خود بیگانگی، عزت نفس پایین، درماندگی، احساس گناه، افسردگی و سایر مشکلات روانی رنج می برند و به طور خاصی درگیر عوارض ناشی از معلولیت های جسمی و عوارض روحی به جا مانده در جانباز می باشند [۱۰]. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال PTSD بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که امید درمانی به طور معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی همسران جانبازان دچار اختلال PTSD در دو مرحله ارزیابی پس آزمون و پیگیری شد. یافته های به دست آمده با نتایج برخی تحقیقات از جمله اشنایدر و همکاران [۳۱]، اشنایدر، فلدمن، وودوارد^۱ و چاونس [۲۶]، جانسون^۲ [۲۲]، لویز^۳ و اشنایدر [۳۳]، هاسون - اوهایون و همکاران [۲۱]، هو و همکاران [۲۴]، اشنایدر، آبروینگ و آندرسن [۳۲] همسو می باشد. در راستای همین نتایج، یافته های پژوهش اشنایدر، فلدمن، وودوارد و چاونس [۲۶] نشان داد که ارتقای امید یک راه مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی مراقبان بیماران مزمن می باشد. متعاقب این امید افزایی، شاهد افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی در این گروه از افراد می باشیم [۲۳]. نتایج تحقیقات اشنایدر و همکاران [۳۱]، مفید بودن امید درمانی را در افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد

- 1- Woodward, J.T
- 2- Johnson, K.L
- 3- Lopez, S.J

۳- از آنجا که در روانشناسی مثبت اعتقاد بر آن است که سازه های روانشناسی مثبت، از جمله امید، می تواند در برابر افراد آثار رویدادهای تنش زای زندگی حمایت کند، به نظر می رسد که تدوین برنامه های پیشگیرانه بر اساس نظریه اشنایدر و استفاده از نقش پیشگیرانه آنها با آموزش به دانش آموزان و نوجوانان مفید باشد؛ بنابراین این برنامه می تواند مورد استفاده متصدیان آموزش و پرورش قرار گیرد.

۴- پیشنهاد می شود، جلسات حمایتی هر چند وقت یک بار پس از پایان درمان به منظور حفظ تأثیر درمان برگزار شوند.

۵- تحقیقات بیشتری در زمینه شناسایی نیازها و شیوه های مفید توانبخشی جانبازان، همسران و فرزندان آنان صورت گیرد.

منابع

- 1-Anisi J. The examination mental status of neuropsychological Veterans' Wives and non neuropsychological Veterans' Wives. [M.A Dissertation]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabaiee University; 1377.
- 2- Tylor L C, Lemon P. Fundamental and nursing: The art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott; 2006 .
- 3 - Dejkam M, Aminoroaya A. Comparing between psychological health of veterans 'wives and ordinaries' wives who had referred to Imam Hosein hospital and Sadr hospital. The 1st scientific conference of veterans and family Tehran, Iran 2003.[Persian].
- 4- Akbari ME, Amini H, Drhaltaj B, Razzaghi R Sltany M, Arabshahi, M. Sayyari, AA. The world health report 2001: mental health new understanding, new hope.. Tehran, Great Ibn Sina Cultural Institute; 2003.
- 5- Kaplan H I, Sadock B J. Synopsis of psychiatry, Behavioral science and clinical psychiatry, 9th ed, Baltimore, Williams & Wilkins; 2003.
- 6- Siratinia M. Demographic, familial, social and economic impact of the recurrent mental disorders from the perspective of veterans. [Research projects]. Tehran, Baqiyatallah University of Medical Sciences, 1381.
- 7- Borhani, H. Mental health in a group of war veterans and their spouses in Qom.[PhD Dissertation]. Tehran, Shahid beheshti University; 1385.
- 8-Radfar Sh , Haghani H , Tavalaei S A, Modirian E, Falahati M. Evaluation of Mental Health State in Veterans Family (15-18 Y/O Adolescents). J Mil Med. 2005; 7 (3) :203-09. [Persian].
- 9-Calhoun P, Bekham J C, Boswooth H B. Caregiver and psychological distress in partners of

مؤثر دستگاه ایمنی و افزایش اکسی توسین اندورفینی که فرد را در تحمل فشار و سختی کمک می کند. بنابراین ترکیب روانشناختی و زیست شناختی امید در همسران جانبازان مبتلا به اختلال PTSD، به افزایش کارآمدی و کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسأله، تلاش برای غلبه بر رویدادهای فشار زای زندگی و جستجوی حمایت اجتماعی) منجر شده و رفتار ارتقا دهنده سلامت را پیش بینی می کند. همچنین امید میزان سازگاری در همسران جانبازان مبتلا به اختلال PTSD را افزایش می دهد و باعث می گردد که به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی دستیابی به اهداف آینده از آن استفاده کنند. افزایش امید در همسران جانبازان مبتلا به اختلال PTSD، باعث می گردد که احساسات خود را با انرژی بیشتری گزارش کرده، خودشان را به شکل مثبت تری معرفی کنند و در نتیجه شاداب تر باشند[۳۷].

پژوهش ها نشان می دهد که حمایت از همسران بیماران، مهم ترین عامل تأثیر گذار در ارتقای سلامت، احساس خوب بودن و افزایش سطح کیفیت زندگی است[۳۷]. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش های فوق مبنی بر کارآمدی عنصر امید در ارتقای بهداشت روانی در افراد، امید درمانی، درمانی مناسب جهت ارتقای سطح کیفیت زندگی در اعضای خانواده دارای بیمار مزمن، بویژه همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه می باشد. از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که تنها بر نمونه زنان انجام شد، از دیگر محدودیت ها، می توان به حجم کم نمونه اشاره کرد و این که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید دقت لازم به عمل آید. با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهادهای زیر ارائه می گردد:

۱- پیشنهاد می شود در پژوهش های بعد، امید درمانی بر روی جانبازان نیز اعمال گردد، تا مشخص گردد که آیا درمان بر آنها هم مؤثر است.

۲- به منظور ارتقای بهداشت روانی در جامعه، پیشنهاد می گردد که سازمان ها و موسسات درمانی از طرح های آموزشی روانی، مانند امید درمانی، استقبال نموده، با مجریان این طرح ها کمال همکاری را به عمل آورده و روند آموزش را تسریع نمایند.

- 24- Ho W W N, Chiu M L, Lo W T L, Yiu M G C. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modeling analysis. *The Austral and N Z J Psychiatry*. 2010 ;44: 71-84.
- 25-Damron-Rodriguez J, White-Kazemipue W, Washington D, Vila, V M, Harada N D. Accessibility and acceptability of department of veteran affairs health care: divers veterans perspective. *Mill med*. 2008; 169(3):243-50.
- 26- Snyder C R, Feldman , David B, Woodward J T, Cheavans, J S. Hope in cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *J Cogn Psychother: An Int Q*, 2006; 20 (2):135-45.
- 27-Snyder C R. Handbook of hope: theory, measures, and applications. ACADEMIC PRESS, USA; 2000.
- 28- Snyder C R, Ilardi S S, Cheavens J, Michael S, T, Yamhure L, Sempson S. The role of hope in cognitive behavior therapies. *Cog Ther and Res*. 2005; 24:747-62.
- 29- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdani M S, Gendek B. The short form health survey [SF-36]: translation and validation study of the Iranian version quality of life research. *Qual of life res*. 2005; 2: 37- 81.
- 30- Parandeh A, Hajiamini Z, Maleki A. Effect of progressive muscle relaxation training on life quality of PTSD veterans' wives. *J Behav Sci*. 2010; 3 (4):311-16. [Persian].
- 31- Snyder CR , Rand KL. Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.) *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2005; 521-23
- 32- Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and Health: Measuring the Will and Ways, In: C. R. Snyder D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: pergamon Press; 1991: 285-305.
- 33- Benazon N R, Coyne J C. Living with a depressed spouse. *Fam syst health*. 2007; 14:71-9.
34. Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face illness. *Am psychol*. 2005; 14(2): 79-91.
- 35- Snyder CR, Lopez S. Striking abalance. A complementary focus on human weakness and strength American psychological association. 2003.
- 36- Kar A. positive psychology: science of happiness and human capability, translated by pasha sharifi et al, Tehran, Sokhan publication; 2008.
- 37- Shila A, Maingandan C, Efficacy of support groups for spouses of patient with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *Int J Rehabil Res*. 2009; 28(4): 379-83.
- veterans with chronic post traumatic stress disorder. *J trauma stress*. 2005; 15(3):205-12.
- 10- Jafari f ,Moein I, Sorosh M R., Mousavi B. Quality of life spouses of war related bilateral lower limb amputees. *Teb-e-Janbaz (Iran J War Public Health)*. 2010 ;16 (84):56-70.
- 11-Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*. 2004 ; 30(3):665-75.
- 12-Sammarco A. Perceived social support: uncertainty and quality of life younger breast cancer. *Cancer nurs*, 2006; 24(3):212-8
- 13- Hoeman S. Rehabilitation nursing. Livingstone ,mosby; 2000.
- 14-Diener E, Lucas R E, Oishi S. subjective well-being. *J Clin psychol*. 2002 ; 24:25-41.
- 15- Parande A, Sirati Nir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected Post traumatic stress disorder with major depression disorder. *Q J Fundam Men Health*. 2007; 33 – 34 (9): 67-76.
16. Soliemanian A.A., Jajarmi M., Falahati. The effectiveness of life skills training on the quality of life of spouses of veterans with affective disorders. *Teb-e-Janbaz (Iran J War Public Health)*. 2015; 7 (4) :197-205
- 17- Werner S. subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *psychiatry res*. 2012; 196: 214-19.
- 18- Kylma, J. Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *J Adv Nurs*. 2008; 52: 620-30.
- 19-Mehmet C. Rozien, M. You,ve got to have hope: studies show "hope therapy" fights depression. Ohio state university.; anouymous. New SRX science. Atlanta. 2013; P 68.
- 20-Shorey H, Snyder C R. The role of hope as a mediator in recollected parenting, adult attachment and mental health. *J soc clin psychol*. 2003; 22:77-85.
- 21- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life on persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res*. 2009 ;167: 231-38.
- 22- Johnson K L. The Relationship of Hope and Quality of Life in Combat Veterans Seeking Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. [Dissertation]. USA: University of Kansas. 2009; 29-58.
- 23- Kao Y C, Liu Y P, Chou M K, Cheng T H. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2011; 52: 171-80.

The Effectiveness of Hope Therapy on Quality of Life in Wives of Veterans with Post Traumatic Stress Disorder

Yousefi, A. M.A., Rafinia, P. *Ph.D, Sabahi, P. Ph.D.

Abstract

Introduction: War puts veterans' families at risk and a problem in addition to the physical and mental disorders for veterans. The present study was conducted to examine effectiveness of hope therapy on quality of life in wives of veterans with post-traumatic stress disorder.

Method: Design of This study was quasi-experimental. It consisted of 30 participants who were wives of veterans with PTSD disorder in Dehloran that were selected by convenience method and were assigned into experimental and control groups randomly. Group hope therapy was conducted in eight sessions of two-hours. Quality of Life Questionnaire (SF-36) was used in this study. The questionnaire was implemented on participants of both groups in three stages: before intervention, after intervention and two months after the intervention (follow-up).

Results: Based on the results of repeated measures variance analysis, mean score of quality of life significantly increased in experimental group in comparison to control group, in post-test and follow-up.

Conclusion: According to results of this study that represent effect of hope therapy on quality of life, so it is recommended hope therapy can be used to improve the quality of life of people especially the families of veterans.

Keywords: Hope therapy, Quality of life, Veteran's wife, Post-traumatic stress disorder

*Correspondence E-mail:
p_rafinia@semnan.ac.ir