

مقایسه تأثیر دو روش حل تعارض و آرام سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با اختلال افسردگی اساسی

*اکرم پرنده^۱، مسعود سیرتی نیر^۲، مرتضی خاقانی زاده^۳، دکتر علی اکبر کریمی زارچی^۴

^{۱،۲،۳} کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری تهران، ^۴ اپیدمیولوژیست و عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت تهران

خلاصه

مقدمه: جنگ علاوه بر عوارض و اختلالات جسمی و روانی بر رزمندگان، خانواده آنان را نیز در معرض خطر و مشکلات قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه تأثیر حل تعارض و آرام سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با اختلال افسردگی اساسی انجام گردید.

روش کار: این مطالعه، یک مطالعه نیمه تجربی، از نوع کار آزمایشی بالینی است که تعداد ۴۲ نفر از همسران جانباز در بیمارستان بقیه... (عج) و مرکز روان پزشکی صدر مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها به طور تصادفی در دو گروه مداخله حل تعارض و آرام سازی و یک گروه شاهد قرارداد شدند. برای گروه‌های مداخله، برنامه آموزشی در ۳ جلسه ۲ ساعته در هفته به صورت گروهی آموزش داده شد و برای گروه شاهد هیچ گونه آموزشی ارائه نگردید. کیفیت زندگی، هر ۳ گروه، در مرحله قبل از مداخله، مرحله پس از مداخله (۶ هفته اول پس از مداخله یا مرحله پیگیری، ۶ هفته دوم پس از مداخله یا مرحله نهایی) به وسیله پرسش نامه کیفیت زندگی فرم کوتاه شده SF۳۶ تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله برنامه SPSS با آمارهای توصیفی و استنباطی انجام گرفت.

نتایج: نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان داد مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل از انجام مداخله در گروه‌های حل تعارض و آرام سازی با گروه شاهد اختلاف معنی داری وجود نداشت (آزمون t مستقل $p > 0.05$). در حالی که همین آزمون پس از مداخله در گروه حل تعارض و شاهد ($p = 0.001$) و (گروه آرام سازی و شاهد ($p = 0.001$) اختلاف معنی داری داشت. همچنین، آزمون آمار فریدمن نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه حل تعارض و آرام سازی در سه مرحله مطالعه (قبل از مداخله، مرحله پیگیری و مرحله نهایی) اختلاف معنی داری وجود دارد ($P = 0.0001$). علاوه بر این مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه حل تعارض با آرام سازی در هر سه مرحله مطالعه اختلاف معنی داری را نشان نداد (آزمون t مستقل $p > 0.05$).

بحث: با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه که مبین تأثیر هر دو روش مورد مداخله بر کیفیت زندگی است، لذا پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه، به ویژه خانواده جانبازان، از برنامه مهارت حل تعارض و آرام سازی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، اختلال افسردگی اساسی، کیفیت زندگی، پرسش نامه SF36، حل تعارض، آموزش آرام سازی، همسر جانباز

مقدمه

جسمی منجر به بروز نقص عضو می‌گردد اما جراحات 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 (۱). جنگ به عنوان یکی از عوامل تأثیر گذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری مطرح می‌باشد.

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

^۴ آدرس مؤلف مسئول: تهران- اقدسیه- سه راه اراج- دانشکده پرستاری
تلفن تماس: ۰۲۱-۲۲۲۸۹۹۴۱ Email: hednarp@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۵/۸/۳۰ تاریخ تایید: ۸۶/۲/۲

به طور معنی داری دیسترس ناشی از زندگی با بیمار را دارند (۱۰). 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 (۱۱). 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 (۱۲). اختلال استرس پس از سانحه یکی از اختلالاتی است که نه تنها می‌تواند کیفیت زندگی جانباز، بلکه خانواده و جامعه او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده این جانبازان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند (۱۳). کالهن و همکاران (۲۰۰۲) طی مطالعه‌ای دریافتند که شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به PTSD با افزایش فشار روانی مراقبین ارتباط دارد (۱۴).

دژکام (۱۳۸۲) طی مطالعه‌ای نشان داد که میزان اضطراب در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر از همسران بیماران اعصاب و روان است (۹). کیفیت زندگی حوزه‌های مختلف از جمله حوزه سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی و خانوادگی را شامل می‌شود (۱۵). از آن جایی که اختلالات روانی و رفتاری بر اقتصاد خانواده و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، همانند یک استرسور، تمامیت خانواده و کیفیت زندگی اعضا را نیز تهدید می‌نماید (۱۶). 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). ارتباط مایه حیات هر رابطه است. رشد شخصیت و بهداشت روانی و جسمی ما با توانایی برقراری ارتباط رابطه دارد. یک رابطه نارسا می‌تواند سلامت جسمی و روانی شخص را تحت تأثیر قرار دهد (۱۸).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به بیماری‌های عصبی و روانی هستند. در هر زمان ۱۰ درصد افراد بالغ، دچار اختلالات روانی و رفتاری و ۳۰ درصد مراجعین به نظام خدمات بهداشت اولیه، یک یا چند اختلال روانی را نشان می‌دهند (۲). ۶۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال روانی با خانواده خود زندگی می‌کنند (۳). میزان شیوع مادام‌العمر اختلال استرس پس از ضربه (اختلال استرس پس از سانحه)^۱ را حدود ۸ درصد جمعیت عمومی می‌دانند که در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است. همچنین میزان شیوع بیماری‌ها همراه با PTSD زیاد است، به شکلی که حدود دوسوم این بیماران لااقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند (۴). یکی از آثار منفی جنگ، به جای ماندن جانبازان زیادی است، براساس آمار ارائه شده از سوی بنیاد جانبازان در سال ۱۳۷۸ از میان جانبازان جنگ، ۳۶۳۵۴ نفر جانباز اعصاب و روان دارای تشخیص روان پزشکی در سراسر ایران وجود دارد (۵).

در پژوهشی که بر اساس سوابق و تشخیص درج در پرونده‌های جانبازان اعصاب و روان و مصاحبه حضوری از خودشان در سال ۱۳۸۰ صورت گرفت بیش از ۸۰ درصد جانبازان دچار PTSD بوده‌اند که شدت علائم از ضعیف تا بسیار شدید را در بر می‌گیرد (۶). در پژوهشی که داویدیان و همکاران در سال ۱۳۷۷ انجام دادند، از میان ۴۰۰ مورد اختلال مورد بررسی در رزمندگان ۳۴/۶ درصد اختلالات را اختلالات نوروتیک (اختلالات اضطرابی، افسردگی و تطابقی) و ۲۷/۶ درصد دچار اختلال استرس پس از سانحه بودند (۷). خانواده به عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیانگذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است (۸). به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان فرد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی خانواده، به خصوص همسر هم چنان ادامه می‌یابد (۹). نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی،

¹ - Posttraumatic stress disorder

با درصد از کارافتادگی ۶۹-۲۵ درصد، مراجعه کننده به مراکز درمانی بیمارستان بقیه... (عج) و بیمارستان روان پزشکی صدر بود که به روش نمونه گیری تسهیل شده انتخاب گردیدند. در این مطالعه به منظور کنترل عوامل مداخله گر افراد انتخاب شده شامل، همسر آن دسته از جانبازان زمان جنگ تحمیلی، دارای از کارافتادگی ۶۹-۲۵ درصد مبتلا به اختلال مزمن استرس پس از سانحه همراه با اختلالات خلقی که حداقل از زندگی مشترک آنان یکسال گذشته، عدم ابتلا همسر جانباز به بیماری حاد یا مزمن جسمی یا روانی و در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و حداکثر دیپلم و ساکن تهران و حومه و دارای شغل خانه داری بوده اند، همچنین همسر آن دسته از جانبازان شاغل و نیز جانبازان با سابقه سوء مصرف مواد مخدر و یا اختلال استرس پس از ضربه همراه با اختلال سایکوتیک از نمونه ها حذف و وارد مطالعه نگردیدند. در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه ای بود که در قسمت اول مشخصات فردی و قسمت دوم پرسش نامه SF۳۶ که ۸ حیطه را در دو جزء سلامت (جسمی و روانی) مورد بررسی قرار می دهد، استفاده گردید. این پرسش نامه در ایران در مطالعات متعددی استفاده گردیده است به طوری که اعتماد و اعتبار علمی آن مورد سنجش قرار گرفته است. طی مطالعه ای توسط دهداری (۱۳۸۱) ضریب همبستگی این پرسش نامه $r = 0.82$ گزارش شده است (۲۳). همچنین در مطالعه حاضر نیز اعتبار و اعتماد علمی پرسش نامه مورد سنجش قرار گرفته که از روش اعتبار محتوی و روش آزمون مجدد استفاده گردید و ضریب همبستگی پرسش نامه $r = 0.82$ محاسبه گردید.

روش کار در این پژوهش شامل سه مرحله، قبل از مداخله، شش هفته اول پس از مداخله (مرحله پیگیری) و ۶ هفته دوم پس از مداخله (مرحله نهایی) بود. در مرحله قبل از مداخله، پژوهشگر با معرفی خود و هدف از انجام پژوهش به همسر جانبازان و جلب رضایت آن ها اقدام به تکمیل پرسش نامه مشخصات فردی و پرسش نامه کیفیت زندگی SF ۳۶ به روش مصاحبه منظم نمود.

نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از تأثیر آموزش های مهارت ارتباطی و تصمیم گیری، اداره گردانی اضطراب و استرس در کاهش مصرف الکل و دارو مؤثر بوده است. همچنین پژوهش های انجام شده نشان داده است که آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روانی افراد و شیوه های مقابله با استرس مؤثر می باشد (۱۷). تعارض یک بخش اجتناب ناپذیر در زندگی است (۱۸) گرچه تعارض معمولاً به شکل منفی در نظر گرفته می شود اما می تواند به طور مثبت هم به کیفیت روابط و هم به رشد شخصی کمک کند و این زمانی است که بتوان با شیوه های صحیح و کارآمدی به حل تعارض پرداخت (۱۹). از سوی دیگر اداره تنیدگی موجب ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بروز بیماری ها، بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه های درمانی می گردد. از جمله تکنیک های اداره تنیدگی، آرام سازی می باشد (۲۰). آرام سازی پیش رونده عضلانی به عنوان یکی از مداخلات روان شناختی است که به طور وسیعی در تحقیقات کاربرد دارد و به عنوان یک مداخله رفتاری، موجب کاهش استرس گردیده و یادگیری احساس و کنترل کشش عضلانی اساس درمان با آرام سازی را تشکیل می دهد (۲۱).

نتایج مطالعات بونادونا (۲۰۰۳) نشان داد که استفاده از این تکنیک به طور قابل توجهی اضطراب بیماران را کاهش و کیفیت زندگی آنان را ارتقاء می دهد (۲۲). لذا با توجه به اثر بخشی این نوع مداخلات و عدم وجود عارضه جانبی و نیز مقرون به صرفه بودن آن از نظر اقتصادی امروزه بیشتر مورد توجه واقع شده است. از این رو این مطالعه مقایسه ای با هدف ارزیابی تأثیر دو روش مهارت حل تعارض و آرام سازی بر بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی صورت گرفته است.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است. حجم نمونه، در این مطالعه ۴۲ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه درسه گروه (۱۴ نفر گروه حل تعارض، ۱۴ نفر گروه آرام سازی و ۱۴ نفر گروه شاهد)

مواجهه، استفاده و نتایج تمرین را در برگه ثبت گزارش روزانه به مدت ۶ هفته یادداشت نمایند. پژوهشگر در این مدت ۶ هفته با آزمودنی ها در ارتباط بوده و پاسخ گویی سئوالات احتمالی آنان بود. پس از گذشت ۶ هفته از کلیه نمونه ها (گروه های مداخله و گروه شاهد) درخواست گردید در محیط پژوهش حضور یافته و ضمن ارائه برگه ثبت گزارش مجدداً پرسش نامه کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. در مرحله نهایی مطالعه، پس از گذشت ۶ هفته دوم پس از مداخله، به منظور تأثیر استمرار آموزش و تغییر در رفتار آزمودنی ها از کلیه نمونه ها آزمون نهایی (تکمیل پرسش نامه کیفیت زندگی) به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS تحت ویندوز با استفاده از آزمون های آماری توصیفی، آزمون t مستقل، t زوج و آزمون فریدمن، آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده گردید.

نتایج

براساس نتایج حاصل از پژوهش، میانگین سنی اکثریت جانبازان در هر سه گروه، در رده سنی ۴۳-۳۴ سال و دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. اکثریت جانبازان مورد مطالعه، مبتلا به PTSD مزمن همراه با اختلال افسردگی اساسی بودند. در سه گروه مورد مطالعه بیشترین درصد جانبازی، ۲۵ درصد بود. در هر ۳ گروه مورد مطالعه از نظر سن همسر جانباز، نیمی در محدوده سنی ۳۴-۲۴ سال و نیمی دیگر در محدوده سنی ۴۵-۳۵ سال بودند. سطح تحصیلات در همسر جانباز، اکثریت زیر دیپلم بودند. حداکثر تعداد فرزند در محدوده ۱-۲ فرزند و حداقل در محدوده ۶-۵ فرزند بود.

با توجه به جدول شماره (۱) میانگین نمره بعد سلامت جسمی در مرحله قبل و نهایی در گروه حل تعارض ۵۰/۹ و ۶۴/۸ در گروه آرام سازی ۴۷/۴ و ۷۲/۹ در گروه شاهد ۴۶/۷ و ۴۷/۸ بوده و نیز میانگین نمره بعد سلامت روانی در مرحله قبل و نهایی در گروه حل تعارض ۳۹/۴ و ۶۶/۷ در گروه آرام سازی ۴۱/۶ و ۷۳/۴ و در گروه شاهد ۳۹/۷ و ۴۱/۹ می باشد.

نمونه گیری مدت زمان یک ماه و نیم به طول انجامید و ۴۲ نفر از افراد واجد مشخصات مطالعه، به طور تصادفی^۱ در سه گروه (حل تعارض، آرام سازی و گروه شاهد) قرار داده شدند. آزمون آماری انجام شده اختلاف معنی داری را از نظر سن، تحصیلات، تعداد فرزند، طول مدت زندگی مشترک ... بین گروه ها نشان نداد. در مرحله دوم پژوهش، پژوهشگر برای گروه شاهد هیچ گونه مداخله ای انجام نداد و صرفاً مبادرت به تکمیل پرسش نامه کیفیت زندگی در مراحل قبل، پیگیری نهایی نموده است.

اما برای گروه های مداخله، از طریق تماس تلفنی از گروه ها درخواست شد که در روز و ساعت مشخص برای شرکت در کلاس آموزشی به محیط پژوهش مراجعه نمایند. آموزش مهارت کنترل و حل تعارض و آموزش آرام سازی پیشرونده عضلانی به مدت ۳ جلسه ۲-۱/۵ ساعته به صورت یک روز در میان یک هفته به شکل آموزش گروهی براساس محتوی مشخص و معین و با استفاده از کتب و منابع علمی (۱۸)، همراه با تمرینات و پرسش و پاسخ ارائه گردید. پژوهشگر جهت اطمینان از کسب مهارت فوق از نمونه ها درخواست نمود تا به طور انفرادی مهارت های فوق را توضیح داده و به رفع سئوالات و ابهامات آنان اقدام نمود. در روش آموزش آرام سازی، از روش آرام سازی پیشرونده عضلانی (روش جاکبسون) استفاده شد. در این روش پژوهشگر با استفاده از فیلم آموزشی و سخنرانی و تمرین عملی برای گروه مورد مداخله آموزش را ارائه و پس از اطمینان از یادگیری آزمودنی ها، نوار کاست آموزش عملی تمرینات آرام سازی را در اختیار گروه قرار داده و از آن ها خواسته تا روش فوق را در منزل روزی دو مرتبه انجام داده و نتایج تمرین را در برگه ثبت گزارش روزانه به مدت ۶ هفته یادداشت نمایند. همچنین در روش حل تعارض ضمن آموزش مهارت برقراری ارتباط و تعاضات بین فردی، روش های پیشگیری، رفع و مهار تعارضات، آموزش داده شد و از گروه درخواست گردید مهارت فوق را در منزل به هنگام

^۱- Randomization

جدول ۱- تعیین کیفیت زندگی همسران جانباز قبل از اجرای مداخله و ۶ هفته اول و دوم پس از مداخله

مرحله	گروه ها		
	گروه حل تعارض میانگین(انحراف معیار)	گروه آرام سازی میانگین (انحراف معیار)	گروه شاهد میانگین(انحراف معیار)
قبل از مداخله	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
مرحله پیگیری	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
مرحله نهایی	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی
	سلامت جسمی	سلامت روانی	نمره کل کیفیت زندگی

همچنین میانگین نمره کل کیفیت زندگی در مرحله قبل و ۴۶/۲ و ۷۲/۴ و در گروه شاهد ۴۶/۸ و ۴۸ بوده است. نهایی در گروه حل تعارض ۴۹/۵ و ۶/۹ و در گروه آرام سازی

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی گروه های مداخله با گروه شاهد در هر سه مرحله

گروه ها	نمره کل کیفیت زندگی	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	مرحله پیگیری میانگین (انحراف معیار)	مرحله نهایی میانگین (انحراف معیار)
حل تعارض	۴۹/۵ (۱۸/۳)	۶۲/۶ (۱۰/۴)	۶۵/۹ (۱۰/۴)	
شاهد	۴۶/۸ (۱۷/۱)	۴۷/۹ (۱۴/۲)	۴۸ (۱۴/۹)	
سطح معنی دار	p=۰/۶۸	p=۰/۰۰۴	p=۰/۰۰۱	
آرام سازی	۴۶/۲ (۱۴/۹)	۶۶/۳ (۹/۲)	۷۲/۴ (۹/۲)	
شاهد	۴۶/۸ (۱۷/۱)	۴۷/۹ (۱۴/۲)	۴۸ (۱۴/۹)	
سطح معنی دار	P=۰/۹۲	p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۱	
حل تعارض	۴۹/۵ (۱۸/۳)	۶۲/۶ (۱۰/۴)	۶۵/۹ (۱۰/۴)	
آرام سازی	۴۶/۲ (۱۴/۹)	۶۶/۳ (۹/۲)	۷۲/۴ (۹/۲)	
سطح معنی دار	p=۰/۶	p=۰/۳	p=۰/۰۹	

با توجه به جدول شماره (۲) مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه حل تعارض و شاهد و قبل از اجرا مداخله، آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی داری را نشان نداد (P=۰/۶۸) در حالی که پس از اجرای مداخله در هر دو مرحله (پیگیری- نهایی) همین آزمون اختلاف معنی داری را نشان داد (P=۰/۰۰۱).

همچنین در دو گروه آرام سازی و شاهد نیز قبل از اجرای مداخله آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی داری را نشان نداد (P=۰/۹۲) در حالی که پس از اجرای مداخله در هر دو مرحله (پیگیری- نهایی) همین آزمون اختلاف معنی داری را نشان داد (P=۰/۰۰۱).

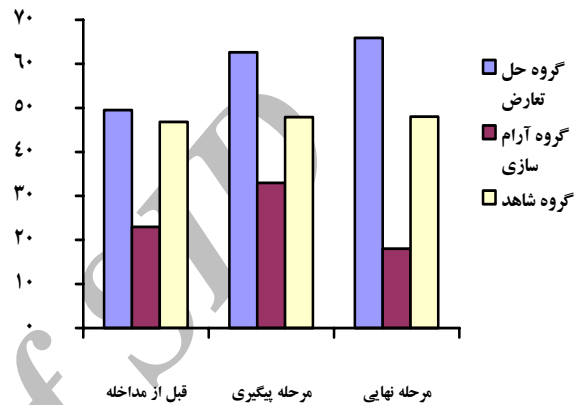
آزمون آماری t زوج با $p=0/000$ در گروه های مداخله اختلاف معنی داری را نشان داد. در حالی که در گروه شاهد همین آزمون با $p=0/24$ اختلاف معنی داری را نشان نداد. در ارتباط با رابطه بین میزان کیفیت زندگی با مشخصات فردی همسر جانبازان، ضریب همبستگی پیرسون با $p=0/009$ و $r=0/39$ رابطه ضعیف و منفی را بین نمره کیفیت زندگی و متغیر تعداد فرزند نشان داد همچنین ضریب همبستگی اسپیرمن $p=0/01$ و $r=0/39$ رابطه مستقیم بین نمره کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی نشان داد.

بحث

یکی از مسائل بسیار مهم در ارتقاء 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 معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش ها، 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 می گذارد (۲۴). نتایج حاصل از مطالعه قبل از مداخله نشان داد که حداقل میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه مربوط به بعد سلامت روانی است. لذا بیشترین تأثیر زندگی با جانبازان در بعد روانی کیفیت زندگی همسران دیده شده است. کاپلان و همکاران عنوان نموده اند که پیدایش بیماری در یک عضو خانواده، سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد و معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره گیری آنان از یکدیگر می شود (۴). در این رابطه وسترنیک و کپارتانو طی مطالعه ای نتیجه گرفتند که همسران رزمندهگان از سطح بالایی از علایم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی رنج می برند (۲۵).

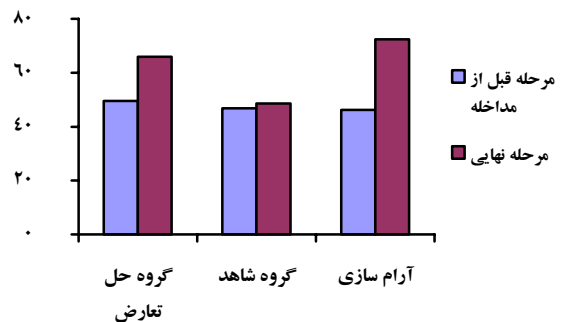
بنابراین و همکاران طی مطالعه خود نشان دادند که بیماری روانی افراد خانواده به خصوص همسر را تحت تأثیر قرار داده و بر میزان رضایت از ازدواج و خوشبختی تأثیر منفی داشته است (۲۶).

همچنین مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه حل تعارض و آرام سازی قبل و بعد از اجرای مداخله اختلاف معنی داری را نشان نداد ($p>0/05$) لذا این به معنای موثر بودن دو روش مداخله بر کیفیت زندگی بوده است.



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی همسران جانبازان در سه مرحله قبل و پیگیری و نهایی در هر دو گروه مورد مداخله و گروه شاهد

نمودار فوق نشان می دهد که در گروه های مداخله میانگین نمره کل کیفیت زندگی در هر ۳ مرحله با توجه به آزمون آماری فریدمن اختلاف معنی دار دارد ($p=0/0001$) ولی در گروه شاهد تفاوت معنی داری دیده نشد. ($p=0/259$).



نمودار ۲- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی همسران جانبازان در مرحله قبل و بعد از مداخله

نمودار فوق نشان می دهد که افزایش قابل توجهی از نظر اختلاف میانگین نمره کل کیفیت زندگی پس از انجام آموزش در گروه های مداخله نسبت به گروه شاهد وجود دارد.

زندگی که استفاده از تکنیک آرام سازی پیشرونده عضلانی کیفیت زندگی بیماران را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی به طور قابل توجهی افزایش داده و میزان اضطراب را کاهش می دهد (۳۰) و نیز به اعتقاد کارول و بوش معمولاً اثرات مثبت آرام سازی به سرعت کسب نمی شود. در واقع آرامش پاسخی است که بیشتر افراد باید آن را یاد گرفته و به اندازه کافی مورد تمرین قرار دهند. تمرین آرام سازی برای چندین هفته متوالی، موجب ایجاد آرامش در فرد خواهد شد و در نتیجه در ابعاد جسمی و روانی فرد تأثیر خواهد گذاشت (۳۱). همچنین تراسک و همکاران نشان دادند که اجرای تکنیک آرام سازی در کیفیت زندگی و استرس بیماران سرطانی در ماه های دوم و ششم تأثیر بسیار چشمگیری داشته است (۳۲) بنابراین نتایج مطالعه ما نشان داد با استمرار انجام این مهارت در میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن افزایش چشمگیری ایجاد شده است که با نتایج مطالعات حاضر همخوانی دارد. همچنین مقایسه هر دو روش مداخله نیز نشان داد که هر دو برای کیفیت زندگی موثر بوده است و این در حالی است که در گروه آرام سازی نمره کل کیفیت زندگی نسبت به گروه حل تعارض چشمگیر تر است.

به علاوه نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که برخی متغیرها از جمله تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی بر کیفیت زندگی همسر تأثیر داشته به طوری که تعداد فرزند رابطه ضعیف و منفی با کیفیت زندگی دارد و وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم داشته است. نتایج تحقیقات کینگ و هیندوس نیز نشان داد که عوامل تأثیر گذار از جمله وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان بر روی کیفیت زندگی تأثیر گذاشته به طوری که وضعیت اقتصادی و اجتماعی خوب، کیفیت زندگی را افزایش می دهد (۳۳). همچنین در مطالعه ای نشان داده شد که عوامل روانی، اجتماعی، وضعیت زندگی، شبکه اجتماعی، آموزش و وضعیت اقتصادی مهمترین عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی در همسران بیمار بوده است (۳۴). بالاخره یافته های حاصل از پژوهش نشان داد

همچنین نتایج حاصل از مطالعه انیسی نشان داد همسران جانباز اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانباز غیراعصاب و روان از اختلالات اضطرابی و افسردگی، پرخاشگری بیشتری شکایات داشته اند (۱). لذا نتایج حاصل از این مطالعه نیز با بیشتر مطالعات قبلی همخوانی داشت. نتایج حاصل از مطالعه پس از مداخله، نشان داد که در گروه مورد مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی و روانی و میانگین نمره کل کیفیت زندگی نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است. مقایسه میانگین نمرات قبل از مداخله و بعد از مداخله مبین این مسئله است که در گروه مورد مداخله آموزش تأثیر داشته است کسب این نتیجه با نتایج تحقیقات دیگر در این زمینه مشابهت دارد. همچنان که نتایج پژوهش شوارتز نشان داد که آموزش مهارت های برقراری ارتباط و شیوه های مقابله ای صحیح و مناسب به افزایش کیفیت زندگی، عملکرد و نقش روانی اجتماعی و جنبه هایی از سلامت به ویژه سلامت جسمانی و روانی شناختی کمک می کند. همچنین بهبود روابط ارتباطی و اجتماعی موجب کاهش تضادها و تعارضات بین شخصی و کاهش میزان طلاق می گردد (۲۷).

استتلی و مارکمن در پژوهش خود نتیجه گیری می کنند که افرادی که توانایی برقراری ارتباط مناسب را در آموزش گروهی فرا گرفته اند، از روابط بین فردی رضایت مندانه ای نسبت به زوج هایی که فاقد مهارت های یاد شده بوده اند، برخوردارند (۲۸). از سوی دیگر نتایج به دست آمده از یکی از مطالعات نشان داد که آموزش مهارت های زندگی بهبود در روابط بین فردی و اجتماعی و کاهش اختلالات و تعارضات خانوادگی بسیار مثبت بوده و به ایجاد امنیت روانی در محیط خانواده و سلامت روانی بیشتر اعضا منجر گردیده است (۲۹). نتایج حاصل از این مطالعه پس از مداخله در گروه آرام سازی نیز نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی در افزایش یافته است. نتایج مطالعه چيونگ در سال ۲۰۰۳ نشان داد ابعاد جسمی و روانی و نیز میانگین نمره کل کیفیت

نگرفته و کیفیت زندگی آن ها طی انجام مراحل مطالعه ممکن است تحت تاثیر عوامل محیطی قرار گرفته باشد، لذا این امر به عنوان محدودیت مطالعه تلقی گردیده که عملاً خارج از کنترل پژوهشگر بوده است.

تشریح و قدر دانی

این طرح تحقیقاتی با حمایت مالی پژوهشکده علوم رفتاری دانشکده بقیه ا... صورت گرفته است به این وسیله از ریاست محترم پژوهشکده و مدیر پژوهش پژوهشکده علوم رفتاری، کلیه جانبازان عزیز و همسران محترم آنان و نیز مسئولین بیمارستان روان پزشکی صدر به ویژه مسئولین درمانگاه و نیز مسئولین محترم بیمارستان بقیه الله (عج) و اساتید محترم دانشگاه بقیه الله (عج) کمال تقدیر و تشکر به عمل می آید.

که آموزش مهارت حل تعارض و برقراری ارتباط صحیح آرام سازی نقش بسیار مهمی در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی داشته است. لذا با توجه به اثر بخشی روش های مورد مداخله و مقرون به صرفه بودن از نظر اقتصادی و نیز با توجه به نقش کلیدی همسر در خانواده لازم است برنامه های آموزشی برای این دسته از عزیزان بیشتر مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر تحقیقات نشان می دهد که حمایت از همسر بیماران به عنوان مهمترین عامل همراه با ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است (۳۵). بنابراین با حمایت های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می توان میزان پذیرش بیماران در خانواده را افزایش، عود بیماری را کاهش و روابط خانوادگی را مستحکم تر و رفاه و بهبود زندگی اعضای خانواده را تأمین نمود. لازم به ذکر است از آن جایی که در این مطالعه برای گروه شاهد هیچ گونه مداخله ای صورت

منابع

- انیسی جعفر. بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیراعصاب و روان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی ۱۳۷۷: ۶.
- اکبری محمد اسماعیل و همکاران. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱ انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ. تهران ۱۳۸۲: ۴۸-۴۵، ۵۵.
- Stuart GW, Sandeen SY. Principle and practice psychiatric Nursing. St louis. MoSby co. 2001: 218.
- Kaplan and Sadock's. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9^{ed} mosby. 2003: 801, 111- 112.
- سیرتی نیر مسعود. بررسی عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی موثر در عود اختلالات روانی از دیدگاه جانبازان. طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج). ۱۳۸۱: ۱۲.
- برهانی حسین. بررسی بهداشت روانی در خانواده جانبازان اعصاب و روان استان قم. پایان نامه دوره دکترای تخصصی. دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده پزشکی ۱۳۸۰: ۳.
- نور بالا احمد علی. اختلالات روان پزشکی ناشی از جنگ در ایران. مجله طب نظامی. زمستان شماره ۴. ۱۳۸۱: ۲۶۰-۲۵۷.
- Taylor Lilis C, Lemon P. Fundamental and Nursing. The art and Science of nursing care. philadelphia: Lippincott co. 2001: 50.
- دژکام محمود، امین الرعایا آریتا. مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهران مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع). مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده. ۱۳۸۲: ۱۱۴.
- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizoph inia. Soc psychiatry Epidemiol, 2001. Mar 36(3): 128.
- Sales E. Family burden and quality of Quality of life, Research 2003. 12 suppl: 128-33.
- Jungbauer Y, wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrnia patients. Schizophr ball. 2004. 30(3): 665-75.

۱۳. رادفر شکوفه. بررسی سلامت روانی فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان. مجله طب نظامی شماره ۳ سال ۱۳۸۴: ۲۰۵.
14. Calhoun PS, Bekham JC, Boswooth HB. Caregives and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal trauma stress*. 2002. Jun 15(3): 205.
15. Sammarco, Angela. Perceived social support, Uncertainty and quality of life younger breast cancer. *Cancer Nursing*. 2001. 24(3): 212- 218.
16. Hoeman Shirley, rehabilitation Nursing Mosby co. 2000: 202.
۱۷. خدیوی رضا، معزی معصومه، شاکری مصطفی، برجیان محمدتقی. تأثیر آموزش مهارت های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان شهرستان اردل. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۱۳۸۴: شماره اول: ۱۸.
۱۸. رابرت بولتون. روان شناسی روابط انسانی مهارت های مردمی، ترجمه حمید رضا سهرابی، انتشارات رشد، چاپ اول، تهران ۱۳۸۱: ۲۸، ۱۳۰-۱۶۰.
19. smith SB. Resolving conflict realistica in todays health care environment. *Journal of psychosocial nursing* 2001.vol 39(11): 37.
20. Suzanne C, Brenda G. Brunner and Suddrath textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th, lipincott, chapter 2004: 6: 716-720.
21. Cindg, Wipk, Beatrica, Turkiski. progressive muscle relaxation, *Rehabo, Nursing*, 2001, vol 26 :101.
22. Bonadonna R. Meditation impact chronic illness, *holistic Nursing practice*, 17(vol 6), health and Medical complete 2003: 306.
۲۳. دهداری طاهره. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۱.
24. Trask PC, et al. cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma cancers. *Aug15. 98 (4). 2003: 854-64.*
25. Westernik J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans, *journal psychiatry* 1999. Dec 33(6): 841.
26. Benazon NR, Coyne JC. living with depressed spouse. *Journal of family psychology*, 14. 2000: 71-79.
27. Schwartz CE. The aching coping skills enhance quality of life more than peer support results of a randomized with multiple sclerosis patients health psychology vol 18 no 3. 1999: 211-220.
28. Stanley SM, Markman HJ. Facts about marital distress and divorce. Denver: university of denver. 2003: 91-95, 111.
۲۹. ثمری علی اکبر، لعلی فاز احمد. مطالعه اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱۳۸۴، سال هفتم: ۴۷-۵۵.
30. Chung YL, et al. The effect of progressive muscle relaxation training on Anxiety and Qol after Stoma surgery in colorectal ancer patient, *psychooncoloy -Apr 2003. may 12(3): 254- 266.*
31. Carroll D, Bowdher D. Pain management and nursing care, *Buther worth heineman*, 1993. 132 .
32. Trask PC, et al. Congitive - behavioral intervention For distress in Patients With Melanoma Cancer, 2003, Aug15, 98(4): 854-64.
33. Cynthia R, King Pamela S. Hinds. Quality of life from nursing and patient perspectives. *Joines and Bartlett publishers*. 1998: 779.
34. larsen J, et al. Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the strok event, *Scand J caring sci* 2005. Dec 19(4): 439-45.
35. Sheija A, Manigandan C. Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life, *international journal rehablity research*, 2005. dec, 28(4): 379-383.

Abstract**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**

Parande A, SiratiNir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. MD

I ntroduction: Warfare makes addition to adverse and psychosomatic disorders on combatants also it puts their families exposed to dangerous and problems. This study performed on object for omparison the effect of training conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of veterans affected post traumatic stress disorder with major depression.

Methods and Materials: This is a quazi experimental study of clinical trial type that carried out on 42 veterans spouse in Baqiyatallah hospital (a.s) and Sadr psychiatric center. They were taken by randomization into two intervention groups (conflict resolution and relaxation training) and control group. The education program was developed for interventional groups at three sessions in two hours a week. However, control group didn't any training. The quality of life in three groups determined by SF 36 questionnaire at before, and after training (first six weeks after intervention i.e. follow up and second six weeks after intervention i.e. final phase). The data were analyzed by using spss with descriptive and inferential statistics.

Results: The results showed that there wasn't significant difference in total mean rank of quality of life before intervention between conflict resolution and relaxation groups ($p>0/05$, independent T test) but There was a significant difference between conflict resolution and control groups; also relaxation and control groups before intervention ($p=0/001$). Whereas There wasn't significant difference between mean rank of quality of life in control group at three phases. Also the Friedman ANOVA test showed that there was significant difference in total mean rank of quality of life in intervention groups at before intervention, follow up and final phases($p=0/0001$). In addition to, it didn't show significant difference in total mean rank of quality between conflict resolution and relaxation groups ($p>0/05$, independent T test).

Discussion: Considering the results of this study which explanatory the influence two techniques of intervention on qulity of life. Therefore it is recommended that be used the conflict resolution skill program to promotion the health level and quality of life's individuals society especially veterans families.

Key word: Post Trumatic Stress disorder, Mjor depression, Quality of life, SF 36- Questionnaire, Conflict resolution relaxation training, Spouses of veterans