

## تاثیر آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر کیفیت زندگی همسران

### جانبازان مبتلا به PTSD

## Effect of progressive muscle relaxation training on life quality of PTSD veterans' wives

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۷

تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۲۰

Parandeh A. MSc, Haji Amini Z. MSc<sup>✉</sup>,  
Maleki A. MSc

اکرم پرنده<sup>۱</sup>، زهرا حاجی‌امینی<sup>۲</sup>، اکرم مالکی<sup>۲</sup>

### Abstract

**Introduction:** This research was to evaluate the effect of progressive muscle relaxation training on life quality of PTSD war veterans' wives.

**Method:** This clinical trial quasi-experimental study was carried out on 28 war veterans' wives in Tehran city. They were divided into interventional and control groups, randomly. The educational program was performed for intervention group at 3 sessions each lasted 2 hours during a week. However, no training was performed on the control group. The quality of life in both groups was determined before, 6 weeks after (follow up stage) and 12 weeks after training (final test) by SF36 questionnaire. Data was analyzed by SPSS 12 program and statistical tests.

**Results:** According to independent t-test results, there was no significant difference in quality of life mean score before training between two groups ( $p > 0.05$ ) but after intervention, the same test indicated a significant difference between two groups ( $p < 0.001$ ). Paired t-test revealed a significant difference between the quality of life mean score before and after in intervention group ( $p < 0.001$ ). Also, the ANOVA test showed that there was a significant difference in total mean score of quality of life in intervention group before, after and in final test ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Relaxation program training to war veterans' wives promotes their life quality

**Keywords:** War Veteran's Wife, Relaxation, Quality of Life, Post Traumatic Stress Disorder, Training

### چکیده

**مقدمه:** این مطالعه با هدف بررسی مقایسه‌ای تاثیر آموزش آرام‌سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شد.

**روش:** این مطالعه به صورت نیمه‌تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی است که تعداد ۲۸ نفر از همسران جانبازان شهر تهران در آن مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها به طور تصادفی در دو گروه مداخله و گروه شاهد تقسیم شدند و برای گروه مداخله، برنامه آموزش گروهی آرام‌سازی طی یک هفته و در سه جلسه دوساعته انجام شد؛ برای گروه شاهد هیچ‌گونه آموزشی ارائه نگردید. سپس، کیفیت زندگی هر دو گروه در مرحله قبل، ۶ هفته بعد (مرحله پیگیری) و ۱۲ هفته پس از مداخله یعنی مرحله نهایی توسط پرسش‌نامه کیفیت زندگی فرم کوتاه‌شده SF36 تعیین شد. در نهایت، داده‌ها به وسیله SPSS 12 و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** براساس نتایج آزمون T مستقل، میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل از انجام مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ( $p > 0.05$ )، اما پس از مداخله، همین آزمون اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان داد ( $p < 0.001$ ). آزمون T زوجی، اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله را در گروه آزمون معنی‌دار نشان داد ( $p < 0.001$ ). همچنین، طبق نتایج آزمون آن‌وا، بین میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله در هر سه مرحله اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش آرام‌سازی در ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران جانبازان موثر است.

**کلیدواژه‌ها:** همسر جانبازا، آرام‌سازی، کیفیت زندگی، اختلال استرس پس از ضربه، آموزش

<sup>✉</sup> مرکز تحقیقات علوم رفتاری " و "دانشکده پرستاری"، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران  
<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران  
**Corresponding Author:** Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
Email: z\_hajiamini@hotmail.com

بروز مشکلات جسمی و روانی از عوارض جنگ است که برای افرادی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. مشکلات جسمی معمولاً منجر به نقص عضو می‌شوند، اما جراحات روانی تا مدت‌ها، حتی پس از جنگ، گریبان‌گیر آسیب‌دیدگان هستند. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌شود، بلکه محیط خانواده نیز به تبعیت از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد [۱].

جنگ، یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری به حساب می‌آید. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۴۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به بیماری‌های عصبی و روانی هستند. در هر زمان، ۱۰٪ افراد بالغ دچار اختلالات روانی و رفتاری هستند و ۳۰٪ مراجعین به نظام خدمات بهداشت اولیه، یک یا چند اختلال روانی را نشان می‌دهند [۲]. ۶۵٪ بیماران مبتلا به اختلال روانی با خانواده خود زندگی می‌کنند [۳]. میزان شیوع مادام‌العمر اختلال تنیدگی پس از تروما حدود ۸٪ (در زنان ۱۰ تا ۱۲٪ و در مردان ۵ تا ۶٪) است. همچنین میزان شیوع بیماری‌ها همراه با اختلال PTSD زیاد است، به شکلی که حدود دو سوم این بیماران لاقبل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند [۴].

در پژوهشی که براساس سوابق و تشخیص مندرج در پرونده‌های جانبازان اعصاب و روان و مصاحبه حضوری در سال ۱۳۸۰ صورت گرفت، بیش از ۸۰٪ آنان دچار اختلال PTSD بوده‌اند که شدت علائم از ضعیف تا بسیار شدید را دربرمی‌گیرد [۵، ۶]. در پژوهشی که *داویدیان* و همکاران در سال ۱۳۷۷ انجام دادند، از میان ۴۰۰ مورد اختلال مورد بررسی در رزمندگان، ۳۴/۶٪ دارای اختلالات نوروتیک (اضطرابی، افسردگی و تطابقی) و ۲۷/۶٪ دچار اختلال تنیدگی پس از تروما بودند [۷]. خانواده، به‌عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیان‌گذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است [۸]. به نظر می‌رسد که پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب تنیدگی‌های ناشی از جنگ و آثار مخرب آن بر روح و روان فرد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی خانواده، به‌خصوص همسر همچنان ادامه می‌یابد [۹]. نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی، به‌طور معنی‌داری دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار هستند [۱۰] و مراقبت از بیمار مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌شود [۱۱]. آموزش می‌تواند باعث افزایش بهداشت و پذیرش آنها در مراقبت از خود باشد [۱۲]. در مطالعات مختلف از جمله *جاکوئیس* و همکاران بیان شده که برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی برای برگشت این افراد به خانواده و جامعه لازم است؛ بدین منظور، به‌خصوص

پذیرش و آمادگی اعضای خانواده مورد تأکید قرار گرفته است [۱۳]. نتایج حاصل از مطالعه‌ای کیفی روی همسران بیماران روانی نشان داد که مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی روزمره، به‌طور جدی کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود را کاهش می‌دهد [۱۴]. اختلال تنیدگی پس از تروما 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 [۱۵]. همچنین *کلهون* و همکاران طی مطالعه‌ای دریافتند که شدت علائم بیماری و خشونت بین‌فردی در مبتلایان به PTSD با افزایش فشار روانی مراقبین ارتباط دارد [۱۶].

تَرَکام 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 [۱۷]. از آنجایی که اختلالات روانی و رفتاری بر اقتصاد خانواده و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، همانند عامل تنیدگی، تمامیت خانواده و کیفیت زندگی اعضا را نیز تهدید می‌نماید [۱۸]. بنابراین کاهش تنیدگی و ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه، موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب‌نظران بهداشتی قرار گرفته است. اداره تنیدگی، موجب ارتقای سلامتی، پیشگیری از بروز بیماری‌ها، بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. از جمله تکنیک‌های اداره تنیدگی، آرام‌سازی است [۱۹]. آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، یکی از مداخلات روان‌شناختی است که به‌طور وسیعی در تحقیقات کاربرد دارد و به‌عنوان مداخله‌ای رفتاری، موجب کاهش تنیدگی و تسکین درد می‌شود؛ یادگیری، احساس و کنترل کشش عضلانی اساس درمان با آرام‌سازی را تشکیل می‌دهد [۲۰]. نتایج مطالعات *بونادونا* نشان داد که استفاده از این تکنیک به‌طور قابل‌توجهی اضطراب بیماران را کاهش و کیفیت زندگی آنان را ارتقا می‌دهد [۲۱]. با توجه به اثربخشی، عدم وجود عارضه جانبی و نیز مقرون به صرفه بودن از نظر اقتصادی، این نوع مداخلات امروزه بیشتر مورد توجه واقع شده است. از این رو هدف از این مطالعه بررسی تأثیر آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از تروما بود.

## روش

مطالعه حاضر، نیمه‌تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی است. ۲۸ نفر از همسران جانبازان با ۲۵ تا ۶۹٪ از کارافتادگی مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ترومای مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی شهر

روز در میان و به شکل آموزش گروهی، براساس محتوای مشخص و معین برگرفته از کتب و منابع علمی [۲۳] و با استفاده از فیلم آموزشی و سخنرانی و تمرین عملی و پرسش و پاسخ توسط پژوهشگر ارائه شد. به‌منظور اطمینان از کسب مهارت فوق از نمونه‌ها درخواست شد تا به‌طور انفرادی مهارت فوق را توضیح دهند و برای رفع سئوالات و ابهامات آنان اقدام شد. پس از اطمینان از یادگیری آزمودنی‌ها، نوار کاست آموزش عملی تمرینات آرام‌سازی در اختیار گروه قرار گرفت و از آنها خواسته شد 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. پژوهشگر در این مدت ۶ هفته، با آزمودنی‌ها در ارتباط و پاسخ‌گویی سئوالات احتمالی آنان بود. پس از گذشت ۶ هفته، از کلیه نمونه‌ها (گروه مداخله و گروه شاهد) درخواست شد تا در محیط پژوهش حضور یافته و ضمن ارائه برگه ثبت گزارش مجدداً پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل نمایند. در مرحله نهایی مطالعه، پس از گذشت ۱۲ هفته پس از مداخله، به‌منظور تأثیر استمرار آموزش و تغییر در رفتار آزمودنی‌ها از کلیه نمونه‌ها آزمون نهایی (تکمیل پرسش‌نامه کیفیت زندگی) به‌عمل آمد. لازم به ذکر است که با توجه به آماده‌سازی اولیه و توضیح اهداف و مراحل مطالعه و ارتباط موثر پژوهشگر با افراد تحت مطالعه طی مراحل پیگیری هیچ‌گونه ریزش یا عدم همکاری مشاهده نشد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 12 و آزمون‌های آماری توصیفی، آزمون T مستقل و آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های تکراری، آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد.

#### یافته‌ها

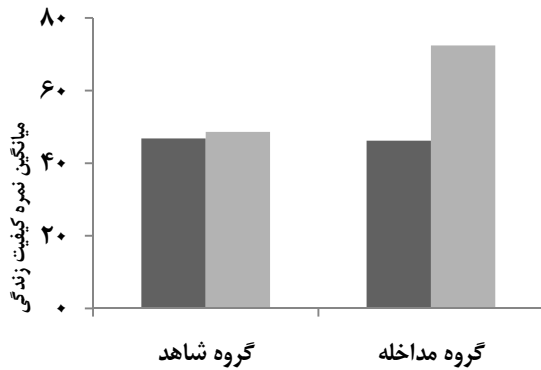
۷۸/۰۶٪ جانبازان در هر دو گروه در رده سنی ۴۳-۳۴ سال قرار داشتند و دارای تحصیلات زیردیپلم بودند. ۳۵/۸٪ جانبازان در گروه آزمون و ۴۳٪ در گروه شاهد، دارای جانبازی ۲۵٪ بودند. از نظر سن همسر جانبازان در هر دو گروه مورد مطالعه، ۵۰٪ در محدوده سنی ۳۴-۲۴ سال و ۵۰٪ دیگر در محدوده سنی ۴۵-۳۵ سال بودند. سطح تحصیلات ۸۲/۲٪ همسران جانبازان زیردیپلم بود و از نظر تعداد فرزند، بیشترین فراوانی در محدوده ۱-۲ فرزند و کمترین فراوانی در محدوده ۵-۶ فرزند بود. با استفاده از آزمون آماری T مستقل مشخص شد که دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک از جمله سن جانباز و سن همسر، میزان تحصیلات جانباز و همسر، درصد جانبازی، تعداد فرزند، طول مدت زندگی مشترک دو گروه پیش از مداخله همسان بوده و اختلاف معنی‌دار آماری نداشتند ( $p > 0.05$ ). ضریب همبستگی پیرسون رابطه ضعیف و منفی بین نمره کیفیت زندگی و متغیر تعداد فرزندان نشان داد ( $r = -0.39$ ;  $p = 0.009$ ) همچنین

تهران به‌روش نمونه‌گیری تسهیل شده انتخاب شدند. نمونه‌ها در دو گروه مداخله (۱۴ نفر) و شاهد (۱۴ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه گذشت حداقل یک‌سال از زندگی مشترک، عدم ابتلا به بیماری حاد یا مزمن جسمی یا روانی، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و داشتن سواد حداقل خواندن و نوشتن و حداکثر دیپلم، سکونت در استان تهران و شغل خانه‌داری بود. همچنین به‌منظور کنترل عوامل مداخله‌گر، همسران جانبازان با سابقه سوء‌مصرف مواد مخدر یا اختلال تنیدگی پس از تروما همراه با اختلال سایکوتیک یا نمونه‌هایی که غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی داشتند، از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه مشخصات فردی و پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی SF36 بود. این پرسش‌نامه ۸ حیطة را در دو جزء سلامت (جسمی و روانی) مورد بررسی قرار می‌دهد. جزء سلامت جسمی (PCS)، شامل عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی است. جزء سلامت روانی (MCS) شامل عملکرد اجتماعی، سلامت روان، سرزندگی و نشاط و مشکلات روحی است. نمره هر یک از حیطة‌ها براساس دستورالعمل پرسش‌نامه SF36 به‌طور مستقل امتیازبندی و محاسبه می‌شود. سئوالات ۳گزینه‌ای با نمره‌های ۱۰۰، ۵۰ و صفر، سئوالات ۵گزینه‌ای با نمره‌های ۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵ و صفر و سئوالات ۶گزینه‌ای با نمره‌های ۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰ و صفر محاسبه می‌شوند. در هر سؤال نمره صفر (بدترین وضعیت) و ۱۰۰ (بهترین وضعیت) را نشان می‌دهد [۲۸]. ثبات و اعتبار این پرسش‌نامه توسط برزیر و همکاران در بریتانیا آزمایش و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شده است. در ایران نیز در مطالعات متعددی این پرسش‌نامه استفاده و اعتبار علمی آن آزموده شده است. از آن جمله، ده‌لاری ضریب همبستگی (r) این پرسش‌نامه را ۰/۸۲ گزارش کرده است [۲۲].

مراحل این پژوهش شامل قبل از مداخله، شش هفته اول پس از مداخله (مرحله پیگیری) و ۱۲ هفته پس از مداخله (مرحله نهایی) بود. در مرحله قبل از مداخله، پژوهشگر با معرفی خود و هدف انجام پژوهش به همسر جانبازان و جلب رضایت آنها اقدام به تکمیل پرسش‌نامه مشخصات فردی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 به‌روش مصاحبه منظم کرد. نمونه‌گیری در مدت زمان ۱/۵ ماه انجام شد و ۲۸ نفر از افراد واجد شرایط مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند. سپس افراد به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. در مرحله دوم مطالعه، پژوهشگر از طریق تماس تلفنی از گروه مورد مداخله درخواست نمود که در روز و ساعت مشخص برای شرکت در کلاس آموزشی به محیط پژوهش مراجعه نمایند و آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی (روش جاکبسون) به‌مدت سه جلسه ۲-۱/۵ ساعته به‌صورت یک

نسبت به گروه شاهد نشان داد ( $p < 0.001$ ). آزمون آماری T زوجی نیز در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری نشان داد ( $p = 0.0001$ )؛ ولی در گروه شاهد با استفاده از همین آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ( $p = 0.24$ ; نمودار ۱).



نمودار ۱) مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه شاهد و مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله

### بحث

یکی از مسایل بسیار مهم در ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مزمن توجه به کل خانواده، به‌جای توجه به فرد است. وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده معمولاً تاثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده دارد. لذا مراقبت از بیمار روانی زندگی خانواده را مختل کرده، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب می‌کند؛ در نتیجه، بر کیفیت زندگی تاثیر سوء می‌گذارد [۲۴]. نتایج حاصل از مطالعه قبل از مداخله نشان می‌دهد که حداقل میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه مربوط به بُعد سلامت روانی است. لذا بیشترین تاثیر زندگی با جانبازان در بُعد روانی کیفیت زندگی همسران دیده شده است. کاپلان و همکاران عنوان نموده‌اند که پیدایش بیماری در عضوی از خانواده، سیستم خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره‌گیری آنان از یکدیگر می‌شود [۴]. در این رابطه وسترنیک و کیراتانو طی مطالعه‌ای نتیجه گرفتند که همسران رزمندگان از سطح بالایی از علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی رنج می‌برند [۲۵]. بنازور و همکاران طی مطالعه خود نشان دادند که بیماری روانی، افراد خانواده به‌خصوص همسر را تحت تاثیر قرار داده و بر میزان رضایت از ازدواج و خوشبختی تاثیر منفی دارد [۲۶]. همچنین نتایج حاصل از مطالعه انیسی نشان داد که همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیراعصاب و روان از اختلالات اضطرابی و افسردگی و پرخاشگری بیشتری شکایات دارند [۱]. لذا نتایج حاصل از این مطالعه نیز با بیشتر مطالعات

ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه زندگی و وضعیت اقتصادی نشان د بقیه موارد مشخصات دموگرافیک م جانباز و همسر ارتباط معنی‌دار آمار اعتبار پرسش‌نامه مورد استفاده با ر مجدد سنجیده و ضریب همبستگی پ در گروه مداخله، ابعاد سلامت جسمی کل کیفیت زندگی در مراحل پیگی درحالی‌که در گروه شاهد تغییر مع همچنین آزمون آماری T مستقل قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه نشان نداد ( $p > 0.05$ )، ولی در مراحل پیگیری و نهایی همین آزمون تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $p < 0.001$ )؛ جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه میزان کیفیت زندگی همسران جانبازان قبل از مداخله، ۶ هفته و ۱۲ هفته پس از مداخله

| مرحله ↓                             | گروه‌ها ←           | آزمون آماری T مستقل    |                        |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|
|                                     |                     | شاهد                   | مداخله                 |
| قبل از مداخله                       | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۶/۷ (۱۷/۴)            | ۴۷/۴ (۱۴/۹)            |
| مرحله پیگیری (۶ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۳۹/۷ (۲۰/۳)            | ۴۱/۶ (۱۴/۶)            |
| مرحله نهایی (۱۲ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۶/۸ (۱۷/۱)            | ۴۶/۲ (۱۴/۹)            |
| مرحله پیگیری (۶ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۶ (۱۵/۵)              | ۶۶/۶ (۸/۹)             |
| مرحله نهایی (۱۲ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۴/۵ (۱۴/۸)            | ۶۶/۳ (۷/۹)             |
| مرحله پیگیری (۶ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۷/۹ (۱۴/۲)            | ۶۶/۲ (۹/۲)             |
| مرحله نهایی (۱۲ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۷/۸ (۱۶/۶)            | ۷۲/۹ (۸/۷)             |
| مرحله پیگیری (۶ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۱/۹ (۱۵/۹)            | ۷۳/۴ (۱۰/۴)            |
| مرحله نهایی (۱۲ هفته بعد از مداخله) | ابعاد کیفیت زندگی ↓ | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                                     | سلامت جسمی          | ۴۸ (۱۴/۹)              | ۷۲/۴ (۹/۲)             |

مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی همسران جانبازان در سه مرحله قبل، پیگیری و نهایی به کمک آزمون آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های تکراری اختلاف معنی‌داری نشان داد ( $p < 0.001$ ) درحالی‌که در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری دیده نشد ( $p > 0.05$ ).

مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی همسران جانبازان در مرحله قبل و بعد از مداخله، افزایش قابل‌توجهی از نظر اختلاف میانگین نمره کل کیفیت زندگی پس از انجام آموزش در گروه مداخله

بیماران در خانواده را افزایش و عود بیماری را کاهش داد، روابط خانوادگی را مستحکم‌تر کرد و رفاه و بهبود زندگی اعضای خانواده را تأمین نمود.

**تشکر و قدردانی:** بدین‌وسیله از کلیه جانبازان عزیز و همسران محترم آنان و نیز مسئولان بیمارستان‌های مورد مطالعه به‌خصوص مرکز روان‌پزشکی صدر و اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) که در این مطالعه پژوهشگران را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

### منابع

- ۱- انبسی جعفر. بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیراعصاب و روان [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۷۷.
- ۲- اکبری محمداسماعیل، امینی همایون، دره‌التاج بهزاد، رزاقی عمران محمد، سلطانی عربشاهی مرضیه و سیاری علی‌اکبر و همکاران. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱. انتشارات موسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ: تهران؛ ۱۳۸۲.
- 3- Stuart GW, Sandeen SY. Principle and practice psychiatric nursing. Livingstone: MoSby; 2001.
- 4- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry; Behavioral sciences and clinical psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Mosby; 2003.
- ۵- سیرتی‌نیر مسعود. بررسی عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی موثر در عود اختلالات روانی از دیدگاه جانبازان [طرح تحقیقاتی]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)؛ ۱۳۸۱.
- ۶- برهانی حسین. بررسی بهداشت روانی در خانواده جانبازان اعصاب و روان استان قم [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه شهید بهشتی؛ ۱۳۸۰.
- ۷- نوربالا احمدعلی. اختلالات روان‌پزشکی ناشی از جنگ در ایران. مجله طب نظامی. ۲۵۷-۶۰۰: (۴)؛ ۱۳۸۱.
- 8- Taylor LC, Lemon P. Fundamental and nursing: The Art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott; 2001.
- ۹- دژاک محمود، امین‌الرعایا آریتا. مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع). تهران: مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده؛ ۱۳۸۲.
- 10- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2001;36(3):128-30.
- 11- Sales E. Family burden and quality of life research. 2003; 12(Supp 1):33-41
- 12- Damron-Rodriguez J, White-Kazemipue W, Washington D, Villa VM, Harada ND. Accessibility and acceptability of the department of veteran affairs health care: Diverse veterans' perspectives. *Mill Med.* 2004;169(3):243-50.
- 13- Jackonis MJ, Deyton L, Hess WJ. War, its aftermath and U.S. health policy: Toward a comprehensive health program for America's military personal, veterans and their families. *J Law Med Ethics.* 2008;36(4):677-89.
- 14- Jungbauery WB, Dietrich S, Anger Meyer MC. The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of

قبلی هم‌خوانی دارد. نتایج حاصل از مطالعه پس از مداخله نشان می‌دهد که در گروه 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 تأثیر آموزش در گروه مداخله است. این نتیجه با نتایج تحقیقات دیگر در این زمینه مشابهت دارد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه پس از مداخله در گروه آرامسازی نیز نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی و نیز میانگین نمره کل کیفیت زندگی افزایش یافته است. نتایج مطالعه چگونگ در سال ۲۰۰۳ نشان داد که استفاده از تکنیک آرامسازی پیش‌رونده عضلانی، کیفیت زندگی بیماران را در سه بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی به‌طور قابل‌توجهی افزایش داده و میزان اضطراب را کاهش می‌دهد [۲۳]. به اعتقاد کارول و بوشر معمولاً اثرات مثبت آرامسازی به سرعت کسب نمی‌شود و در واقع آرامش، پاسخی است که بیشتر افراد باید آن را یاد گرفته و به اندازه کافی مورد تمرین قرار دهند. تمرین آرامسازی برای چندین هفته متوالی، موجب ایجاد آرامش در فرد خواهد شد و در نتیجه در ابعاد جسمی و روانی فرد تأثیر خواهد گذاشت [۲۷]. همچنین تراسک و همکاران نشان دادند که اجرای تکنیک آرامسازی در کیفیت زندگی و تنیدگی بیماران سرطانی در ماه‌های دوم و ششم تأثیر بسیار چشمگیری داشته است [۲۴]. نتایج تحقیقات کینگ و هیندوس نیز نشان داد که عوامل تأثیرگذار از جمله وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان بر کیفیت زندگی تأثیر دارند؛ به‌طوری‌که وضعیت اقتصادی و اجتماعی خوب، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد [۲۹]. همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شد که عوامل روانی، اجتماعی، وضعیت زندگی، شبکه اجتماعی، آموزش و وضعیت اقتصادی مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در همسران بیماران است [۳۰]. از سوی دیگر، تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت از همسر بیماران، مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در ارتقای سلامت و احساس خوب بودن و ارتقای کیفیت زندگی آنان است [۳۱].

### نتیجه‌گیری

با استمرار انجام مهارت آرامسازی، افزایش چشمگیری در میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن ایجاد می‌شود. برخی از متغیرها مانند تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی بر کیفیت زندگی همسر تأثیر دارند. آموزش آرامسازی نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی دارد. لذا، با توجه به اثربخشی روش‌های مداخله و مقرون به صرفه بودن آنها از نظر اقتصادی و نیز با توجه به نقش کلیدی همسر در خانواده، لازم است برنامه‌های آموزشی برای این گروه بیشتر مورد توجه قرار گیرد. بنابراین با حمایت‌های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می‌توان میزان پذیرش

- Psychooncology. 2003;12(3):254-66.
- 24- Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba MB, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma. *Cancer*. 2003;98(4):854-64.
- 25- Westernik J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *J Psychiatry*. 1999;33(6):841-7.
- 26- Benazon NR, Coyne JC. Living with a depressed spouse. *Fam Syst Health*. 2000;14:71-9.
- 27- Carroll D, Bowdher D. Pain management and nursing care. UK: Butterworth-Heinemann; 1993.
- 28- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS, Gendek B. The short form health survey (SF-36) translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14:875-82.
- 29- Cynthia R, King Pamela S. Quality of life from nursing and patient perspectives. Boston: Jones & Bartlett Publishers; 1998.
- 30- Larson J, Franzen-Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R. Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Scand J Caring SCI*. 2005;19(4):439-45.
- 31- Sheila A, Manigandan C. Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *Int J Rehabil Res*. 2005;28(4):379-83.
- schizophrenia patients. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):665-75.
- ۱۵- رادفر شکوفه. بررسی سلامت روانی فرزندان ۱۵-۱۸ ساله جانبازان. *مجله طب نظامی*. ۱۳۸۴؛۷(۳):۹-۲۰۳.
- 16- Calhoun PS, Beckham JC, Boswooth HB. Caregives and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002;15(3):205-12.
- 17- Sammarco A. Perceived social support: Uncertainty and quality of life younger breast cancer. *Cancer Nurs*. 2001;24(3):212- 8.
- 18- Hoeman S. Rehabilitation nursing. Livingstone: Mosby; 2000.
- 19- Suzanne C, Brenda G. Brunner and Suddrath textbook of medical surgical nursing. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lipincott; 2004.
- 20- Emery CF, France CR, Harris J, Norman G, Vanarsdalen C. Effects of progressive muscle relaxation training on nociceptive flexion reflex threshold in healthy young adults. *Pain*. 2008;183(2):375-9.
- ۲۲- دهداری طاهره. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۱.
- 23- Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety after stoma surgery in colorectal cancer patient.

Archive of SID