مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان بستری و سرپایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

بتول ماندنی[1*]، حمیدرضا رستمی[1]، محمدصادق حسینی[2]

[1]کارشناس‌ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی،
[2]کارشناسی ارشد کاردرمانی ، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*نویسنده پاسخگو: آدرس: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور، دانشکده توانبخشی، گروه کاردرمانی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی
Email: batoolmandani87@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه یک اختلال روانپزشکی شایع در سربازان جنگ و جانبازان می‌باشد. این جانبازان بدلیل مواجهه با وقایع و حوادث استرس‌زا در دوران جنگ، با مشکلات جسمی و روانی زیادی روبرو می‌شوند و این امر می‌تواند بطورجدی کیفیت زندگی جانباز را تحت‌تاثیر قراردهد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی در جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقایسه‌ای است. ۶۸ جانباز بستری و سرپایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در شهرستان اهواز، توسط پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF36) مورد ارزیابی قرارگرفتند.

یافته‌ها: بررسی‌های به‌عمل‌آمده نشان‌داد که کمترین نمرات جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زیرمقیاس‌های ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی بوده و بیشترین نمرات مربوط به زیرمقیاس عملکرد جسمانی بوده‌است. همچنین مشخص‌شد که بین جانبازان بستری و سرپایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی اختلاف معنادار آماری وجودندارد. در بررسی ارتباط نمره کیفیت زندگی و مدت بستری در جانبازان بستری مشخص‌شد که بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و همچنین نمره مقیاس سلامت روانی با مدت بستری در این جانبازان ارتباط معنادار آماری وجوددارد.

بحث و نتیجه‌گیری: اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند کیفیت زندگی جانبازان را بخصوص در حیطه‌های ایفای نقش جسمی و هیجانی و عملکرد اجتماعی تحت تاثیر قراردهد. بین جانبازان بستری و سرپایی به لحاظ نمرات کیفیت زندگی اختلاف معناداری وجود نداشت اما مدت بستری تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی جانبازان بستری داشت.

کلید واژه: کیفیت زندگی، جانبازان ، اختلال استرس پس از سانحه

تاریخ دریافت:۱۳۹۰/۱۱/۲۶
تاریخ پذیرش:۱۳۹۱/۱/۲۷

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه[I] مجموعه واکنش‌هایی است که فرد در مواجهه با استرس‌هایی که خارج از قدرت تحمل اوست از خود بروز می‌دهد. برای تشخیص این اختلال براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[II] افراد باید دارای سه ویژگی اصلی چون تجربه مجدد رویداد دردناک، الگوی اجتنابی و بیش برانگیختگی بوده و علائم مذکور بایستی یک ماه دوام داشته‌باشند (۱). بین شیوع اختلال استرس پس از سانحه و جنگ اتباط مستقیم وجوددارد (۲).

جنگ یکی از عوامل تاثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری به حساب می‌آید. زیرا حضور در جنگ منجر به مواجهه فرد با موقعیت‌های بی‌نهایت حادثه ساز و خطرناک می‌گردد. یکی از این اختلالات، اختلال استرس پس از سانحه است که بدنبال فشارها و آسیب‌های جنگ ایجادشده و به میزان زیادی با شدت و وسعت این آسیب‌ها در ارتباط بوده و در عرض چند ماه پیشرفت می‌کند (۱و۳).

براساس تحقیقات انجام‌شده شدت اختلال استرس پس از سانحه به میزان مواجهه با جنگ، دوره و مدت زمان جنگ بستگی دارد (۴-۶). از آنجایی‌که جنگ ایران و عراق ۸ سال به طول انجامید این امر فشارها و آسیب‌های روانشناختی غیرقابل‌جبرانی همچون اختلال استرس پس از سانحه را به سربازان تحمیل کرد. این اختلال می‌تواند بطور جدی کیفیت زندگی جانباز، خانواده و جامعه او را تحت تاثیر قراردهد. مطالعات و تحقیقات انجام شده بیان می‌کنند که اختلال استرس پس از سانحه با اختلال عملکرد در حیطه‌های مختلفی همراه می‌باشد. این اختلالات شامل ضعف در سلامت جسمی و روانی، خشونت و ارتکاب جرم و عملکرد نقشی و اجتماعی ضعیف می‌باشد (۷و۸) جانبازان و سربازان جنگ نیز که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا می‌شوند، مشکلات زیادی در زمینه عملکرد روانی-اجتماعی، عملکرد خانوادگی و عملکرد جسمانی دارند (۹و۱۰) بنابراین کاهش استرس و ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه و بخصوص جانبازان موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب‌نظران بهداشتی قرارگرفته است (۷-۱۱) کنترل استرس موجب ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بروز بیماری‌ها، بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود (۱۲).

کیفیت زندگی از مسایل اولیه و ابتدایی در تجربه یک فرد از بیماری، نقص یا آسیب محسوب می‌شود (۱۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی به عنوان ادراک فرد از وضعیت خود در زندگی توصیف می‌شود. همچنین شامل اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی بوده و دربرگیرنده سلامت جسمی، وضعیت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و منافع شخصی است (۱۴و۱۵).

افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در حقیقت چکیده‌ای از کل اهداف مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تاثیر سلامتی بر زندگی را بررسی می‌کند. این بدان معناست که مراقبت بهداشتی زمانی به عنوان مراقبت مطلوب و شایسته مطرح می‌گردد که بتواند کیفیت زندگی فرد را بهبود دهد. کیفیت زندگی به محققان اجازه می‌دهد که وضعیت گروه‌های مختلف را در طی زمان مقایسه نموده و تاثیرپذیری مداخلات و برنامه‌های بهداشت جامعه را مورد ارزیابی قراردهد. همچنین می‌تواند به عنوان وسیله‌ای برای تشخیص و تخمین سطح نیازهای جامعه و یا گروه مورد نظر به منظور ارائه مداخله باشد (۱۶).

نکته قابل ذکر در مورد تحقیقات انجام‌شده در زمینه کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه این امر می‌باشد که تابحال مطالعات زیادی بر روی جانبازان در ایران انجام شده‌است (۴و۱۱و۱۷-۲۲) اما در زمینه کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مطالعات کمی صورت گرفته‌است. همچنین درزمینه مقایسه کیفیت زندگی جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه مطالعه‌ای صورت نگرفته‌است.

از آنجایی‌که اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال بسیار مهمی است که می‌تواند کلیت فرد را تحت‌تاثیر قرارداده و عملکرد کاری، روانی- اجتماعی و جسمی فرد را تحت‌تاثیر قراردهد و با توجه به این‌که استفاده از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در تعیین اثربخشی خدمات درمانی و توانبخشی بسیار کارساز می‌باشد، بنابراین در این مطالعه به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان بستری و سرپایی در شهرستان اهواز که در جنگ عراق علیه ایران دچار

[I] Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
[II] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند، پرداخته و همچنین ارتباط بین مدت بستری و کیفیت زندگی را مورد بررسی قراردادهایم تا بتوانیم با در اختیارداشتن سطح اولیه کیفیت زندگی این افراد وتعیین تاثیر عواملی چون مدت بستری در کیفیت زندگی، سطح نیازهای این بیماران را به منظور برنامه‌ریزی مداخلات درمانی و بخصوص توانبخشی، مشخص‌کنیم. از آنجایی‌که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یک شاخص در ارزیابی اثربخشی درمان‌ها و برنامه‌های سلامت مطرح می‌شود (۲۲و۲۳)، در اختیارداشتن سطح اولیه کیفیت زندگی در مقاطع زمانی مختلف، امکان بررسی روند تغییرات را با در نظرداشتن وضعیت ارائه خدمات موجود فراهم می‌کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقایسه‌ای است که در آن ۶۸ جانباز با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه بستری و سرپایی از لحاظ کیفیت زندگی مورد بررسی قرارگرفتند. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام‌شد. جامعه مورد مطالعه، جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بودند که به صورت بستری و سرپایی در بیمارستان بوستان شهرستان اهواز تحت درمان بودند. تمام جانبازان بستری و سرپایی که به این مرکز مراجعه کرده و ویژگی‌های ورود به مطالعه را داشتند در این پژوهش مورد بررسی قرارگرفتند که این افراد شامل ۳۴ بیمار سرپایی و ۳۴ بیمار بستری بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از:

۱- تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بدنبال وقایع استرس‌زای جنگ که این تشخیص توسط روانپزشک صورت‌گرفته و در پرونده پزشکی جانبازان درج شده‌است.

۲- عدم‌وجود علائم سایکوتیک از جمله هذیان و توهم.

۳- عدم‌وجود تشخیص‌های دیگر همراه با اختلال استرس پس از سانحه همچون اختلالات خلقی (اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی).

۴- عدم‌ابتلا به اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد.

۵- توانایی در برقراری ارتباط، درک و پاسخگویی به سوالات.

نمونه‌های مورد مطالعه ابتدا در بیمارستان توسط روانپزشک مصاحبه‌شده و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه توسط وی صورت می‌گیرد و عدم‌وجود اختلالات و علائم دیگر نیز توسط وی تشخیص‌داده می‌شود. توانایی برقراری ارتباط، درک و پاسخگویی به سوالات نیز توسط کاردرمانگر مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF36[I] استفاده‌گردید. پرسشنامه SF36 از ۸ بعد کیفیت زندگی را می‌سنجد: عملکرد جسمی، محدودیت درایفای نقش جسمی، محدودیت در ایفای نقش هیجانی، عملکرد اجتماعی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط، سلامت روان. در این پژوهش علاوه بر این ۸ حیطه، میانگین کل نمرات تمام حیطه‌ها و دو بخش مقیاس سلامت جسمی[II] (عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی) و مقیاس سلامت روانی[III] (عملکرد اجتماعی، سلامت روان، سرزندگی و نشاط و ایفای نقش هیجانی) نیز جداگانه تحلیل شدند (۱۵). امتیازها در این ۸ حیطه و ۳۶ پرسش از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است، صفر بدترین وضعیت و ۱۰۰ بهترین وضعیت را نشان می‌دهد. پایایی و روایی این آزمون در ایران بر روی ۴۸۰۰ نمونه مطالعه شده‌است. نتایج تحقیق منتظری و همکاران نشان‌داد که بجز مقیاس سرزندگی و شادابی، سایر مقیاس‌های گونه فارسیSF36 از حداقل ضریب پایایی در محدوده ۰.۷۷ تا ۰.۹۰ برخوردارند و آن‌ها در مجموع پایایی و روایی گونه فارسی SF36 را مناسب و مطلوب گزارش‌کردند (۲۴). اشاقی و همکاران روایی این پرسشنامه را با روش ثبات درونی بالای ۰.۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۰ گزارش‌کرده‌اند (۲۵).

جانبازان مورد مطالعه در این پژوهش توسط پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 مورد ارزیابی قرارگرفتند. نمره هر یک از ابعاد کیفیت زندگی بر اساس دستورالعمل نمره‌گذاری پرسشنامه SF36 امتیازبندی و محاسبه‌گردید.

جهت آنالیز آماری اطلاعات این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS16 استفاده‌گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات پایه بیماران توسط آمار توصیفی صورت گرفت و تجزیه و تحلیل سایر اطلاعات نیز توسط آزمون‌های آماری ANOVA، T-test، آزمون همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون صورت گرفت. سطح معناداری در این مطالعه

[I] 36 Item Short Form Health Survey
[II] Physical Components Scale (PCS)
[III] Mental Components Scale(MCS)

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

۰.۰۵ درنظر گرفته‌شد. پیش از انجام تست ANOVA، همبستگی بین طبقات و گروه‌ها نیز بررسی شدند.

یافته‌ها

مطابق با یافته‌های پژوهش، میانگین سنی جانبازان بستری ۴۵.۵۰ (±۴.۳۰۶) سال و در جانبازان سرپایی ۴۷.۶۸ (±۵.۸۸۲) سال بود و بین این دو گروه به لحاظ سنی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت (p=۰.۱۶۸). از نظر وضعیت تحصیلی در گروه جانبازان بستری، ۷۲.۷٪ زیردیپلم و ۲۷.۳٪ آنان بالای دیپلم بودند و در گروه جانبازان سرپایی، ۵۴.۵٪ زیردیپلم و ۴۵.۵٪ بالای‌دیپلم بودند، اما به لحاظ آماری از نظر وضعیت تحصیلی بین دو گروه جانبازان اختلاف معنادار آماری وجودنداشت. (p=۰.۱۴۳ و F=۲.۵۰۱). در گروه جانبازان بستری ۴۵.۵٪ مجرد، ۴۰.۹٪ متاهل و ۱۳.۶٪ جداشده بودند و در گروه جانبازان سرپایی ۲۷.۳٪ مجرد، ۶۳.۶٪ متاهل و ۹.۱٪ جداشده بودند. بین دوگروه جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، به لحاظ وضعیت تاهل اختلاف معنادار آماری وجود نداشت (p=۰.۳۴۴ و F=۰.۹۱۹). همچنین در این دو گروه از نظر درصد جانبازی نیز اختلاف معنادار آماری وجود نداشت (p=۰.۲۶۵).

در بررسی نمرات کیفیت زندگی مشخص شد که جانبازان مورد مطالعه کمترین نمره را در حیطه‌های ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی و بیشترین نمره را در حیطه عملکرد جسمانی به دست آوردند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی در جانبازان بستری با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ۳۹.۴۸ با انحراف معیار ۱.۷۹ و در گروه جانبازان سرپایی میانگین ۳۵.۷۰ با انحراف معیار ۱.۷۲ بود. در زیر نمره مقیاس سلامت روانی میانگین ۳۵.۶۱ با انحراف معیار ۱.۸۷ در جانبازان بستری و میانگین ۳۵.۱۴ با انحراف معیار ۱.۸ در جانبازان سرپایی بود. در زیر نمره مقیاس سلامت جسمی نیز میانگین ۴۳.۳۸ با انحراف معیار ۲.۱۶ در جانبازان بستری و میانگین ۳۶.۵۱ با انحراف معیار ۲.۱۱ در جانبازان سرپایی به دست‌آمد. بررسی این نمرات و نمرات هر یک از ۸ حیطه کیفیت زندگی در آزمون SF36 نشان‌داد که بین دو گروه جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه به لحاظ نمرات کیفیت زندگی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه بستری و سرپایی

حیطه	بستری		سرپایی		P-value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جسمانی	۶۱.۳۶	۲.۳۵	۴۶.۴۵	۳.۱۰	۰.۰۸
ایفای نقش جسمی	۱۸.۱۸	۳.۰۰۶	۱۸.۱۸	۲.۹۰	۱.۰۰۰
ایفای نقش هیجانی	۱۸.۱۷	۳.۲۰	۲۰.۴۴	۳.۰۸	۰.۸۱۲
سرزندگی و نشاط	۴۷.۵۰	۲.۵۱	۳۶.۸۱	۲.۹۳	۰.۲۰۱
سلامت روانی	۴۷.۳۶	۲.۳۶	۴۳.۵۴	۲.۸۹	۰.۶۳۴
عملکرد اجتماعی	۲۹.۴۳	۳.۰۲	۳۹.۷۷	۲.۱۳	۰.۱۹۷
درد جسمی	۴۵.۰۰	۳.۶۵	۴۲.۶۱	۳.۲۲	۰.۸۲۲
سلامت عمومی	۴۸.۹۷	۲.۵۸	۴۱.۰۱	۲.۶۸	۰.۳۲۲
مقیاس سلامت جسمیPCS	۴۳.۳۸	۲.۱۶	۳۶.۵۱	۲.۱۱	۰.۲۹۳
مقیاس سلامت روانیMCS	۳۵.۶۱	۱.۸۷	۳۵.۱۴	۱.۸۰	۰.۹۳۳
میانگین کل نمرات	۳۹.۴۸	۱.۷۹	۳۵.۷۰	۱.۷۲	۰.۴۸۰

در مرحله بعد به بررسی ارتباط بین نمرات کیفیت زندگی و مدت بستری در جانبازان بستری پرداختیم. آزمون همبستگی پیرسون نشان‌داد که ارتباط معنادار و معکوسی بین میانگین کل نمرات کیفیت زندگی در جانبازان وجود دارد (P=۰.۰۱۷ و r=-۰.۴۵۲). همچنین بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت روانی نیز ارتباط معنادار و معکوسی وجود داشت (p=۰.۰۱۱ و r=-۰.۴۸۳). اما بررسی‌ها نشان‌داد که ارتباط معنادار آماری بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت جسمی وجودندارد (p=۰.۰۶۸ و r=-۰.۳۲۹).

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

به‌منظور سنجش میزان ارتباط بین مدت بستری و نمرات کیفیت زندگی از طریق مدل رگرسیون ارتباط سنجی به عمل آمد. در بررسی ارتباط بین مدت بستری و میانگین کل نمرات کیفیت زندگی، معادله خط رگرسیون برابر ۶۲.۴۸۹+ مدت بستری ×۱.۷۸۲- بدست‌آمده و آزمون آماری T با P=۰.۰۲۸ ارتباط معناداری را بین مدت بستری و میانگین کل نمرات کیفیت زندگی نشان‌داد. ضریب منفی نیز ارتباط معکوس این دو متغیر را نمایش می‌داد. ضریب تعیین (کارایی) متغیر مدت بستری در تعیین تغییرات میانگین نمره کل کیفیت زندگی برابر ۶۰.۲ ٪ =R_2 بدست آمد. همچنین در بررسی ارتباط بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت روانی، معادله خط رگرسیون برابر ۶۰.۷۰۱ + مدت بستری × ۱.۹۳۶- بوده و آزمون آماری T با P=۰.۰۲۳ ارتباط معناداری را بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت روانی کیفیت زندگی نشان‌داد. ضریب تعیین متغیر مدت بستری در تعیین نمره مقیاس سلامت روانی نیز برابر ٪۶۳.۴=R_2 بدست آمد. اما از طریق مدل رگرسیون، ارتباط معناداری بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت جسمی بدست نیامد (P=۰.۱۲۵). معادله خط رگرسیون نیز برای نمره مقیاس سلامت جسمی برابر ۶۳.۰۶۴ + مدت بستری × ۱.۵۱۹- بدست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که گفته‌شد جنگ یکی از عوامل تاثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری به حساب می‌آید. زیرا حضور در جنگ منجر به مواجهه فرد با موقعیت‌های بی‌نهایت حادثه‌ساز و خطرناک می‌گردد (۱و۳) بنابراین از عوارض جنگ، علاوه‌بر بروز مشکلات جسمی و معلولیت‌ها (۲۲و۲۶)، آسیب‌ها و مشکلات روانی در جانبازان و سربازان جنگی می‌باشد که این آسیب‌های روانی تا مدت‌ها پس از جنگ گریبانگیر جانبازان خواهدبود. در پژوهشی که توسط هاشمیان و همکاران (۲۰۰۶)، احمدی و همکاران (۲۰۰۶)، احمدی و همکاران (۲۰۰۷) بین جانبازان شیمیایی با قومیت کردی و میانگین سنی ۴۵ سال انجام شد، مشخص‌شد که میزان شیوع اختلال استرس پس از سانحه، علائم اضطراب و افسردگی شدید بین این افراد به ترتیب ۵۹٪، ۶۵٪ و ۴۱٪ بود (۱۷-۱۹).

اشنور[I] وهمکاران (۲۰۰۹) درپژوهشی که میان سربازان جنگ عراق (عملیات آزادی عراقی)[II] انجام‌دادند شیوع اختلال استرس پس از سانحه درسربازان مرد و زن را ۱۴٪ گزارش‌کردند. همچنین بیان‌کردند که زنان ارتشی در این جنگ مشکلات و فشارهای بیشتری را بدلیل مواجهه با شرایط جنگ وموقعیت‌های تهدیدکننده زندگی تحمل می‌کردند. این عوامل تنش‌زا و پرفشار منجر به ایجاد اختلال پس از سانحه در سربازان می‌گردد (۱۴).

همانطور که گفته‌شد افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت چکیده‌ای از کل اهداف مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تاثیر سلامتی بر زندگی را بررسی می‌کند (۱۶). در واقع معیاری کارآمد در ابعاد جسمی و روانی سلامتی است که می‌توان از آن به عنوان شاخصی در ارزیابی اثر مداخلات و برنامه‌های سلامت استفاده کرد (۲۲و۲۳) تاکنون مطالعاتی در زمینه کیفیت زندگی و همچنین ارتباط بین اختلال استرس پس از سانحه و کیفیت زندگی انجام‌شده که این مطالعات نشان‌دهنده وجود ارتباط میان این اختلال و کاهش کیفیت زندگی می‌باشد. بیشتر این مطالعات نیز از فرم کوتاه ۳۶ موردی SF36 جهت ارزیابی کیفیت زندگی استفاده کرده‌اند (۲۷و۲۸) در این مطالعه نیز با استفاده از پرسشنامه SF36 به ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی در جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پرداخته‌شد.

نتایج این تحقیق نشان‌داد که جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ازکیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطلوبی برخوردار نیستند و کیفیت زندگی آنان در بیشتر حیطه‌ها، نمراتی پایین‌تراز حد متوسط کسب کرد. نتایج نشان‌دادند که جانبازان مورد مطالعه کمترین نمره را در حیطه‌های ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی و بیشترین نمره را در حیطه عملکرد جسمانی داشتند. پژوهش‌هایی درگذشته و در زمینه کیفیت زندگی جانبازان صورت گرفته‌است. ازجمله نجفی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی مقایسه‌ای که بین جانبازان با و بدون اختلال استرس پس از سانحه در استان همدان انجام‌دادند، بیان‌کردند که کمترین نمرات کیفیت زندگی در جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه، در حیطه‌های ایفای نقش جسمی، ایفای نقش

[I] Schnurr
[II] Operation Iraqi Freedom

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

هیجانی، عملکرد اجتماعی و درد بدنی بود (۱۱). نتایج این پژوهش تا حد زیادی همسو با نتایج ما در این پژوهش بود.

موسوی و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی کیفیت زندگی در جانبازان ایرانی با قطع عضو در هر دو اندام تحتانی پرداخته و بیان‌کردند که جانبازان مورد مطالعه، کمترین نمره را در حیطه درد جسمی و بیشترین نمره را در حیطه عملکرد اجتماعی داشتند (۲۰). همچنین پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۸۶) نشان‌داد که کمترین نمرات کیفیت زندگی در زنان جانباز مبتلا به ضایعه نخاعی مربوط به حیطه‌های عملکرد جسمانی و درد جسمی بود (۲۱). این پژوهش‌ها نشان‌دادند که جانبازان قطع عضو و ضایعه نخاعی نمرات پایین‌تری را در مقیاس سلامت جسمی کسب کردند.

اربز[I] و همکاران (۲۰۰۷) به مقایسه کیفیت زندگی سربازان حاضردر جنگ عراق با تشخیص و بدون‌تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پرداخته و بیان‌کردند که افراد با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه کمترین نمرات را در حیطه‌های ایفای نقش جسمی، نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی، بدست آوردند (۲۹). نتایج این پژوهش همسو با نتایج ما در این مطالعه‌بود. انگلهارد[II] و همکاران (۲۰۰۷) بیان‌کردند که سربازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه که در جنگ عراق حضور داشتند، بنابر گزارش خود با نقایص ومشکلات بیشتری در زمینه کار، انجام امور منزل و ارتباطات بین فردی نسبت به افراد بدون این اختلال روبرو بودند (۳۰).

در این مطالعه به مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پرداختیم و این بررسی نشان‌داد که اختلاف معنادار آماری بین کیفیت زندگی این دو گروه جانبازان وجودندارد. بیمارانی که به صورت سرپایی خدمات درمانی دریافت می‌کنند، برخلاف بیماران بستری نیازمند به انطباق با محیط‌های مختلف (از جمله مرکز درمانی، خانه، جامعه و...) می‌باشند. قرارگرفتن در محیط‌های مختلف و انطباق با این محیط‌ها نیازمند مهارت‌های اجتماعی، انطباقی و شناختی بیشتری بوده و می‌تواند به عنوان یک عامل ایجادکننده و یا افزایش‌دهنده استرس عمل‌کند. این استرس می‌تواند توانایی انطباق فرد را دچار مشکل‌کرده و در نتیجه منجر به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی افراد گردد (۳۱). همچنین از آنجایی‌که اختلال استرس پس از سانحه، در احساسات و رفتار فرد تغییراتی را ایجاد می‌کند، می‌تواند منجر به بروز مشکلات در روابط نزدیک و صمیمی افراد بخصوص روابط با خانواده گردیده و آن‌ها را نسبت به فعالیت‌های اجتماعی و جنسی بی‌علاقه کند. همچنین باعث می‌شود این بیماران از دیگران و بخصوص خانواده احساس دوری و بیگانگی کرده و از نظر عاطفی و هیجانی سرد و بی‌روح شوند. تحریک‌پذیری، حالت دفاعی، گوش به زنگی، اضطراب و نگرانی همه می‌توانند موجب ناآرامی فرد بیمار شده و او را از داشتن روابط صمیمی و اجتماعی بدون احساس تنش محروم سازند و در نهایت کیفیت زندگی وی را تحت‌تاثیر قراردهند (۳۲). بنابراین وجود این چنین شرایط استرس‌زا در جانبازان سرپایی که در جامعه و یا خانواده با آن روبرو هستند، می‌تواند فرد را به لحاظ وضعیت سلامت و عملکرد روانی، جسمی و اجتماعی تحت‌تاثیر قرارداده و کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد.

در پژوهش راگزیل[III] و همکاران (۱۹۹۶)، ۲۴ بیمار بستری و ۲۴ بیمار سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه وابسته به جنگ انتخاب‌شده و توسط تست‌های روانشناختی در زمینه احساس ناامیدی، احساس گناه و شرم، عملکرد عاطفی و هیجانی، مهارت‌های بین فردی، سطح اضطراب و خشم، شدت علائم PTSD و نیز به لحاظ کیفیت زندگی مورد ارزیابی و مقایسه قرارگرفتند. در این پژوهش اختلاف معناداری بین دو گروه به لحاظ این احساسات و مهارت‌ها و نیز کیفیت زندگی دیده نشد (۳۳).

در مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۸۸) مشخص‌شد که وجود سابقه بستری‌شدن در یک سال قبل از مطالعه، بیشترین نقش منفی را بر کیفیت زندگی درحیطه مقیاس سلامت جسمی جانبازان با قطع عضو داشته‌است (۲۰).

در این مطالعه همچنین به بررسی تاثیر مدت بررسی بر نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان بستری پرداختیم تا ببینیم آیا بستری طولانی مدت می‌تواند تاثیری بر کیفیت زندگی این جانبازان داشته‌باشد یا نه. در بررسی ارتباط بین مدت بستری و نمرات کیفیت زندگی در جانبازان بستری مشخص‌شد که مدت بستری

[I] Erbes
[II] Engelhard
[III] Ragsdale

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

می‌تواند یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی این جانبازان باشد. میانگین کل نمرات کیفیت زندگی و نمره مقیاس سلامت روانی، ارتباط معنادار و معکوسی با مدت بستری داشتند. به این معنا که هر چه مدت بستری بیشتر بود، کیفیت زندگی بخصوص در مقیاس سلامت روانی در این جانبازان نیز پایین‌تر بود. بنابراین بستری طولانی مدت در بیمارستان، کیفیت زندگی جانبازان بستری را بخصوص در حیطه سلامت روان به‌طور معناداری کاهش داده‌است.

اویمت[I] و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی را در بین سربازان گارد ملی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه انجام داده و بیان‌کردند که شدت این اختلال در بیماران بستری، همبستگی و ارتباط معناداری با کسب نمرات پایین‌تر در اجزاء و مقیاس‌های سلامت روانی کیفیت زندگی از جمله عملکرد روانی-اجتماعی و علائم بهداشت روانی داشت. همچنین مدت بستری نیز ارتباط معنادار و معکوسی با نمرات مقیاس عملکرد روانی-اجتماعی و علائم بهداشت روانی داشت. اما شدت اختلال استرس پس از سانحه و مدت بستری، با نمرات زیر مقیاس‌های سلامت جسمی ارتباط معناداری نداشتند (۳۴).

گودموندزوتیر[II] و همکاران (۲۰۰۴) به بررسی افراد غیرسرباز جنگی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه که به صورت بستری خدمات درمانی دریافت می‌کردند پرداخته و بیان‌کردند که بعد از بروز این اختلال، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مخصوصا در مقیاس سلامت روانی، احساس رضایت از زندگی و احساس رفاه و سلامتی در این بیماران به طور معناداری کاهش یافته‌است (۸).

براساس یافته‌های این پژوهش جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بوده و بستری طولانی مدت نیز منجر به کاهش کیفیت زندگی بخصوص در مقیاس سلامت روانی، سرزندگی و نشاط جانبازان بستری گردید. بنابراین بایستی با ارتقای سطح برنامه‌های درمانی و توانبخشی این جانبازان و به منظور پرکردن اوقات فراغت آنان، خدمات حمایتی و برنامه‌های تفریحی و شادی را برای این افراد در نظر گرفت تا از این طریق بتوان به ارتقای کیفیت زندگی و سطح سلامت روان این عزیزان کمک کرد.

محدودیت‌ها

از آنجایی‌که در این پژوهش، دسترسی به تمام جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در سطح شهرستان اهواز امکانپذیر نبود، بنابراین جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روانپزشکی بوستان به عنوان جامعه آماری در دسترس انتخاب شدند.

تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری و مساعدت‌های صمیمانه مسوولین محترم بیمارستان بوستان اهواز و جانبازان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. Mosby; 2003.
2. Ghalebandi MF. Clinical psychiatry. 1st ed. Farhangsazan Publication; 2000.
3. Grieger TA, Cozza SJ, Vrsano RJ. Post traumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. Am J Psychiatry 2006; 163:1777.
4-Ahmadizadeh MJ, Ahmadi K, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A, Anisi J, et al. Improvement in quality of life after exposure therapy, problem solving and combined therapy in chronic war related war-related post traumatic stress disorder. Procedia Social and Behavioral Sciences 2010; 5:292-266.
5-Herman N, Eryarec G. Post traumatic stress disorder in institutionalized World War II veterans. Am J Geriatr Psychiatry 1994; 2:324-331.
6-Spiro A, Schnurr P, Aldwin C. Combat-related post traumatic stress disorder symptoms in older men. Psychol Aging 1994; 9:17-26.
7-Zatzick DF, Marmar CR, Weiss DS, Browner WS, Metzler TJ, Golding JM, et al. Post traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. Am J Psychiatry 1997; 154:1690-1695.
8-Gudmundsdottir B, Beck JG, Coffey SF, Miller L, Palyo SA. Quality of life and post trauma symptomatology in motor vehicle accident

[I] Ouimette
[II] Gudmundsdottir

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]

The mediating effects of depression and anxiety. Depression and anxiety 2004; 20: 187-189.
9.Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DM. Combat exposure, psychological symptoms and marital satisfaction in National Guard Soldiers who served in Operation Iraqi Freedom from 2005 to 2006. Anxiety Stress Coping 2009; 22(1): 101-115.
10. Vasterling JJ, Schumm J, Proctor SP, Gentry E, King DW, King LA. Post traumatic stress disorder and health functioning in a non-treatment-seeking sample of Iraq war veterans: A prospective analysis. J Rehabil Res Dev 2008; 45: 347-358.
11. Najafi M, Mohammadi Far MA, Dabiri S, Kamari AA. The comparison of the quality of life in veterans with and without post traumatic stress disorder. Iranian Journal of War and Public Health 2011; 3(11): 2-35.
12-Suzanne C, Brenda G. Brunner and Suddrath text book of medical surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott; 2002.
13- Johnson MV, Miklos CS. Activity-related quality of life in rehabilitation and traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83:26-38.
14-Schnrr PP, Lunny CA, Bovin MJ, Marx BP. Post traumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. Clin Psychol Rev 2009; 12:3-16.
15-Mogotsi M, Kaminer D, Stein DJ. Quality of life in the anxiety disorders. Harv Rev Psychiatry 2000; 8:273-282.
16-Jackwski D, Guyatt G. A guide to health measurement. Clinical Orthopedics and Related Research 2003; 413:80-89.
17-Hashemian F, Khoshnood K, Desai MM, et al. Anxiety, depression and post traumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. JAMA 2006; 269:560-566.
18-Ahmadi A, Fathi-Ashtiani A, Arabnia A, Amiri A. Sexual dysfunctions and marital adjustment in veterans with PTSD. Arch Med Sci 2006; 4:280-285.
19-Ahmadi A, Ranjbar-Shayan H, Raisi F. Sexual dysfunction and marital adjustment among the chemically injured veterans. Indian J Urol 2007; 23:377-382.
20. Mousavi B, Mirsalimi F, Soroush MR, Montazeri M. Quality of life in Iranian war related bilateral amputees. Payesh Journal 2009; 8(3):303-310.
21-Mousavi B, Montazeri A, Soroush MR. Quality of life in women war veterans with spinal cord injury. Payesh Journal 2007; 7(1): 75-81.
22-Taghipour H, Moharamzad Y, Mafi AR, Amini A, Naghizadeh MM, Soroush MR, et al. Quality of life among veterans with war-related unilateral lower extremity amputation: A long-term survey in a Prosthesis Center in Iran. J Orthop Trauma 2009; 23(7): 525-530.
23-Kempen M, Ormel J, Brilmam I, Relyveld J. Adaptive responses among Dutch elderly: The impact of eight chronic medical conditions on health related quality of life. Am J Public Health 1997; 87(1): 38-44.
24-Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS, Gendeck B. The short form health survey (SF-36) translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14:875-882.
25-Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population. Am J Applied Sci 2006; 3:1763-1766.
26.Yazelkucuk K, Taska Y, Mehmet A, Guzelkucuk U, Tugeu L. Effect of playing football on balance strength and quality of life in unilateral below knee amputees. Ame J Phys Med Rehab 2007; 86:800-805.
27-Malik ML, Connar KM, Sutherland SM, Smith RD, Davison RM, Davidson JRT. Quality of life and post traumatic stress disorder: A pilot study assessing changes in SF36 scores before and after treatment in a placebo-controlled trial of Floxetine. Journal of Traumatic Stress 1999; 12:387-393.
28-Schnurr PP, Friedman MJ, Green BL. Post traumatic stress disorder among World War II mustard gas test participant. Mil Med1996; 161:131-136.
29-Erbes C, Westermeyer J, Engdahl B, Johnson E. Post traumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Iraq and Afghanistan. Mil Med 2007; 172:359-363.
30-Engelhard IM, Van Den Hout MA, Weerts J, Arntz A, Hox JJCM, McNally RJ. Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. Brit J Psychiat 2007; 191:140-145.
31-Cara E, MacRae A. Psychosocial occupational therapy: A clinical practice.2nd ed. Delmar Learning; USA, 2005.
32-National Center for Posttraumatic Stress Disorder. United States Department of Veteran Affairs. Complex trauma in children and adoiescents. Psychiatric Annals 2005; 35(5): 390-398.
33-Ragsdale KG, Cox RD, Finn P, Eisler RM. Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for advanture-based counseling and psychodrama. J Trauma Stress 1996; 9(2): 269-283.
34-Ouimette P, Coolhart D, Sugarman D, Funderburk JS, Zelman RH, Dornau C. A pilot study of posttraumatic stress and associated functioning of Army National Guard following exposure to Iraq warzone trauma. Traumatology 2008; 14: 51-56.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-13]