

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

بتول ماندنی^{۱*}، حمیدرضا رستمی^۱، محمدصادق حسینی^۲

^۱ کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی،
^۲ کارشناسی ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*نویسنده پاسخگو: آدرس: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، 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 می باشد. این جانبازان بدلیل مواجهه با وقایع و حوادث استرس زا در دوران جنگ، با مشکلات جسمی و روانی زیادی روبرو می شوند و این امر می تواند بطور جدی کیفیت زندگی جانباز را تحت تاثیر قرار دهد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی در جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه می باشد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقایسه ای 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 قرار گرفتند.

یافته ها: بررسی های به عمل آمده نشان داد که کمترین نمرات جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زیرمقیاس های ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی بوده و بیشترین نمرات مربوط به زیرمقیاس عملکرد جسمانی بوده است. همچنین مشخص شد که بین جانبازان بستری و سرپایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زیرمقیاس های کیفیت زندگی اختلاف معنادار آماری وجود ندارد. در بررسی ارتباط نمره کیفیت زندگی و مدت بستری در جانبازان بستری مشخص شد که بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و همچنین نمره مقیاس سلامت روانی با مدت بستری در این جانبازان ارتباط معنادار آماری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: اختلال استرس پس از سانحه می تواند کیفیت زندگی جانبازان را بخصوص در حیطه های ایفای نقش جسمی و هیجانی و عملکرد اجتماعی تحت تاثیر قرار دهد. 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

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه^۱ 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 داشته باشند (۱). بین شیوع اختلال استرس پس از سانحه و جنگ ارتباط مستقیم وجود دارد (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 ایجاد شده و به میزان زیادی با شدت و وسعت این آسیب‌ها در ارتباط بوده و در عرض چند ماه پیشرفت می‌کند (۳و۱).

براساس تحقیقات انجام شده شدت اختلال استرس پس از سانحه به میزان مواجهه با جنگ، دوره و مدت زمان جنگ بستگی دارد (۴-۶). از آنجایی که جنگ ایران و عراق ۸ سال به طول انجامید این امر فشارها و آسیب‌های روانشناختی غیرقابل جبرانی 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 قرار دهد. 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 قرار گرفته 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 قرار دهد. 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 انجام شده 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 شده است (۴و۱۱و۱۷-۲۲) اما در زمینه کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مطالعات کمی صورت گرفته است. همچنین درزمینه مقایسه کیفیت زندگی جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه مطالعه‌ای صورت نگرفته است.

از آنجایی که اختلال استرس پس از سانحه، یک اختلال بسیار مهمی است که می‌تواند کلیت فرد را تحت تاثیر قرارداده و عملکرد کاری، روانی-اجتماعی و جسمی فرد را تحت تاثیر قرار دهد و با توجه به این که 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

¹ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)^{II} Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

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 استفاده گردید. پرسشنامه SF36 از ۸ بعد کیفیت زندگی را می‌سنجد: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، محدودیت در ایفای نقش 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 نشان داد که بجز مقیاس سرزندگی و شادابی، سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF36 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 گزارش کردند (۲۴). اشاقی و همکاران روایی این پرسشنامه را با روش ثبات درونی بالای ۰.۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۰ گزارش کرده‌اند (۲۵).

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

جهت آنالیز آماری اطلاعات این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS16 استفاده گردید. 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

اختلال استرس پس از سانحه شده‌اند، پرداخته و همچنین ارتباط بین مدت بستری و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده‌ایم تا بتوانیم با در اختیارداشتن سطح اولیه کیفیت زندگی این افراد و تعیین تاثیر عواملی چون مدت بستری در کیفیت زندگی، سطح نیازهای این بیماران را به منظور برنامه‌ریزی مداخلات درمانی و بخصوص توانبخشی، مشخص کنیم. از آنجایی که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یک شاخص در ارزیابی اثربخشی درمان‌ها و برنامه‌های سلامت مطرح می‌شود (۲۲ و ۲۳)، 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 قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. 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 قرار گرفتند 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 صورت گرفته و در پرونده پزشکی جانبازان درج شده‌است.
۲- عدم وجود علائم سایکوتیک از جمله هذیان و توهم.
۳- عدم وجود تشخیص‌های دیگر همراه با اختلال استرس پس از سانحه همچون اختلالات خلقی (اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی).

۴- عدم ابتلا 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 مصاحبه شده و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه توسط وی صورت می‌گیرد و عدم وجود اختلالات و علائم دیگر نیز توسط وی تشخیص داده

^I 36 Item Short Form Health Survey

^{II} Physical Components Scale (PCS)

^{III} Mental Components Scale (MCS)

۰.۰۵ در نظر گرفته شد. پیش از انجام تست ANOVA، همبستگی بین طبقات و گروه‌ها نیز بررسی شدند.

یافته‌ها

مطابق با یافته‌های پژوهش، میانگین سنی جانبازان بستری ۴۵.۵۰ (± 4.306) سال و در جانبازان سرپایی ۴۷.۶۸ (± 5.882) سال بود و بین این دو گروه به لحاظ سنی اختلاف معنادار آماری وجود نداشت ($p=0.168$). 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٪ بالای دیپلم بودند، اما به لحاظ آماری از نظر وضعیت تحصیلی بین دو گروه جانبازان اختلاف معنادار آماری وجود نداشت. ($F=2.501$ و $p=0.143$). در گروه جانبازان بستری ۴۵.۵٪ مجرد، ۴۰.۹٪ متاهل و ۱۳.۶٪ جدانشده بودند و در گروه جانبازان سرپایی ۲۷.۳٪ مجرد، ۶۳.۶٪ متاهل و ۹.۱٪ جدانشده بودند. بین دو گروه جانبازان بستری و سرپایی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، به لحاظ وضعیت تاهل اختلاف معنادار آماری وجود نداشت ($F=0.919$ و $p=0.344$). همچنین در این دو گروه از نظر

درصد جانبازی نیز اختلاف معنادار آماری وجود نداشت ($p=0.265$).

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 دست آمد. بررسی این نمرات و نمرات هر یک از ۸ حیطه کیفیت زندگی در آزمون SF36 نشان داد 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).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه بستری و سرپایی

P-value	سرپایی		بستری		حیطه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۰۰۸	۳.۱۰	۴۶.۴۵	۲.۳۵	۶۱.۳۶	عملکرد جسمانی
۱.۰۰۰	۲.۹۰	۱۸.۱۸	۳.۰۰۶	۱۸.۱۸	ایفای نقش جسمی
۰.۸۱۲	۳.۰۸	۲۰.۴۴	۳.۲۰	۱۸.۱۷	ایفای نقش هیجانی
۰.۲۰۱	۲.۹۳	۳۶.۸۱	۲.۵۱	۴۷.۵۰	سرزندگی و نشاط
۰.۶۳۴	۲.۸۹	۴۳.۵۴	۲.۳۶	۴۷.۳۶	سلامت روانی
۰.۱۹۷	۲.۱۳	۳۹.۷۷	۳.۰۲	۲۹.۴۳	عملکرد اجتماعی
۰.۸۲۲	۳.۲۲	۴۲.۶۱	۳.۶۵	۴۵.۰۰	درد جسمی
۰.۳۲۲	۲.۶۸	۴۱.۰۱	۲.۵۸	۴۸.۹۷	سلامت عمومی
۰.۲۹۳	۲.۱۱	۳۶.۵۱	۲.۱۶	۴۳.۳۸	مقیاس سلامت جسمی PCS
۰.۹۳۳	۱.۸۰	۳۵.۱۴	۱.۸۷	۳۵.۶۱	مقیاس سلامت روانی MCS
۰.۴۸۰	۱.۷۲	۳۵.۷۰	۱.۷۹	۳۹.۴۸	میانگین کل نمرات

بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت روانی نیز ارتباط معنادار و معکوسی وجود داشت ($p=0.011$ و $r=-0.483$). اما بررسی‌ها نشان داد که ارتباط معنادار آماری بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت جسمی وجود ندارد ($p=0.068$ و $r=-0.329$).

در مرحله بعد به بررسی ارتباط بین نمرات کیفیت زندگی و مدت بستری در جانبازان بستری پرداختیم. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط معنادار و معکوسی بین میانگین کل نمرات کیفیت زندگی در جانبازان وجود دارد ($P=0.017$ و $r=-0.452$). همچنین

اشنور^I و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی که میان سربازان جنگ عراق (عملیات آزادی عراقی)^{II} انجام دادند شیوع اختلال استرس پس از سانحه در سربازان مرد و زن را ۱۴٪ گزارش کردند. همچنین بیان کردند که زنان ارتشی در این جنگ مشکلات و فشارهای بیشتری را بدلیل مواجهه با شرایط جنگ و موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی تحمل می‌کردند. این عوامل تنش‌زا و پرفشار منجر به ایجاد اختلال پس از سانحه در سربازان می‌گردد (۱۴).

همانطور که گفته شد 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 (۲۲ و ۲۳) تاکنون مطالعاتی در زمینه کیفیت زندگی و همچنین ارتباط بین اختلال استرس پس از سانحه و کیفیت زندگی انجام شده 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 (۲۷ و ۲۸) 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 پرداخته شد.

نتایج این تحقیق نشان داد که جانبازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطلوبی برخوردار نیستند و کیفیت زندگی آنان در بیشتر حیطه‌ها، نمراتی پایین‌تر از حد متوسط کسب کرد. نتایج نشان دادند 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 در گذشته و در زمینه کیفیت زندگی جانبازان صورت گرفته است. از جمله نجفی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی مقایسه‌ای که بین جانبازان با و بدون اختلال استرس پس از سانحه در استان همدان انجام دادند، بیان کردند که کمترین نمرات کیفیت زندگی در جانبازان با اختلال استرس پس از سانحه، در حیطه‌های ایفای نقش جسمی، ایفای نقش

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 $62.489 + \text{مدت بستری} \times 1.782 - \text{بدست‌آمده و آزمون آماری } T \text{ با } P=0.028$ ارتباط معناداری را بین مدت بستری و میانگین کل نمرات کیفیت زندگی نشان داد. 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 $R_2 = 60.2\%$ بدست آمد. همچنین در بررسی ارتباط بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت روانی، معادله خط رگرسیون برابر $60.701 + \text{مدت بستری} \times 1.936 -$ بوده و آزمون آماری $T \text{ با } P=0.023$ ارتباط معناداری را بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت روانی کیفیت زندگی نشان داد. ضریب تعیین متغیر مدت بستری در تعیین نمره مقیاس سلامت روانی نیز برابر $R_2 = 63.4\%$ بدست آمد. اما از طریق مدل رگرسیون، ارتباط معناداری بین مدت بستری و نمره مقیاس سلامت جسمی بدست نیامد ($P=0.125$). معادله خط رگرسیون نیز برای نمره مقیاس سلامت جسمی برابر $63.064 + \text{مدت بستری} \times 1.519 -$ بدست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که گفته شد 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 (۳ و ۱). بنابراین از عوارض جنگ، علاوه بر بروز مشکلات جسمی و معلولیت‌ها (۲۲ و ۲۶)، آسیب‌ها و مشکلات روانی در جانبازان و سربازان جنگی می‌باشد که این آسیب‌های روانی تا مدت‌ها پس از جنگ گریبانگیر جانبازان خواهد بود. 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، مشخص شد 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).

^I Schnurr

^{II} Operation Iraqi Freedom

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 بیان کردند 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) نشان داد که کمترین نمرات کیفیت زندگی در زنان جانباز مبتلا به ضایعه نخاعی مربوط به حیطه‌های عملکرد جسمانی و درد جسمی بود (۲۱). این پژوهش‌ها نشان دادند 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 حاضر در جنگ عراق با تشخیص و بدون تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پرداخته و بیان کردند 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 مطالعه بود. انگلهارد^{II} و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که سربازان با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه که در جنگ عراق حضور داشتند، بنابر گزارش خود با نقایص و مشکلات 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 نشان داد که اختلاف معنادار آماری بین کیفیت زندگی این دو گروه جانبازان وجود ندارد. 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. قرار گرفتن 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 عمل کند. این استرس می‌تواند

توانایی انطباق فرد را دچار مشکل کرده و در نتیجه منجر به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی افراد گردد (۳۱). همچنین از آنجایی که 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 قرار دهند (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 قرار داده 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 قرار گرفتند. 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) مشخص شد که وجود سابقه بستری‌شدن در یک سال قبل از مطالعه، بیشترین نقش منفی را بر کیفیت زندگی در حیطه 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 مشخص شد که مدت بستری

^I Erbes^{II} Engelhard^{III} Ragsdale

احساس رفاه و سلامتی در این بیماران به طور معناداری کاهش یافته است (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 آنجایی که 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.

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 داده است.

اویمت^۱ و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی را در بین سربازان گارد ملی با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه انجام داده و بیان کردند 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 بیان کردند که بعد از بروز این اختلال، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مخصوصاً در مقیاس سلامت روانی، احساس رضایت از زندگی و

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

- 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. Schnurr PP, Lunney 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. Jackowski 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, Brilman 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, Gendek 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, Connor 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 Med* 1996; 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 adolescents. *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 adventure-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.