

کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی

فرهاد جعفری^۱، لیلا معین^{۲*}، محمدرضا سروش^۳، بتول موسوی^۴

^۱متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد. ^۲پژوهشگر، پزشک عمومی. ^۳پزشک عمومی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان. ^۴متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پژوهشی پیشگیری، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

* نویسنده پاسخگو: Email: leila_moein@yahoo.com

تلفن: ۰۲۱-۲۲۲۷۷۰۳۵، فکس: ۰۲۱-۲۳۹۹۲۰۹۴

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی جنگ ایران و عراق پایین‌تر از نرمال جامعه است. اما در مورد کیفیت زندگی همسران جانبازان اطلاعات محدودی وجود دارد.

هدف: در این مطالعه بر آن شدیم تا کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی را بررسی کنیم. مواد و روش‌ها: کیفیت زندگی ۱۰۸ نفر از همسران جانبازان با آسیب شیمیایی شدید چشمی با استفاده از پرسشنامه SF-36 در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین نمرات کیفیت زندگی این گروه با جمعیت نرمال جامعه‌ی زنان ایرانی مقایسه شد و عوامل اثرگذار بر روی آن نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی ۴۰.۹ سال با انحراف معیار ۸.۴۸ بود. کمترین میانگین در کیفیت زندگی همسران جانباز در حیطه‌ی درد جسمانی (45.78 ± 23.70) و بیشترین میانگین در حیطه‌ی عملکرد جسمانی (66.05 ± 23.29) دیده شد. کیفیت زندگی همسران در هشت حیطه به‌طور معناداری از جامعه‌ی نرمال زنان ایرانی پایین‌تر بود ($p < 0.05$). آزمون رگرسیون خطی ارتباط هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی را بر کیفیت زندگی همسران جانباز معنادار نشان نداد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان‌داد سطح کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی پایین است و به نظر می‌رسد ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای به همسر جانباز می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی وی مؤثر باشد.

کلید واژه: مراقب، شیمیایی چشمی، کیفیت زندگی، SF-36.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۱۰

مقدمه

کیفیت زندگی ساختاری است که سلامت عملکرد، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، ابعاد روحی، روانی و معنوی فرد را دربر می‌گیرد (۱ و ۲). جنگ‌ها کیفیت زندگی را بیش از هر عامل دیگری تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. از عواقب جنگ می‌توان به تلفات جانی، مصدومیت و معلولیت‌های ناشی از سلاح‌های جنگی از جمله شیمیایی، آسیب به کودکان، زنان و سالمندان اشاره کرد (۳). به‌نظر می‌رسد نسل‌های آینده انسانی نیز از خطر سلاح‌های شیمیایی و میکروبی و هسته‌ای در امان نمی‌باشد (۴).

پژوهش‌های متعددی نشان‌دهنده‌اند که عوارض جسمی و روانی جانبازان تأثیر منفی زیادی بر روی کیفیت زندگی خانواده‌ی آنان بویژه همسران آن‌ها دارد (۵). همچنین مطالعات نشان‌دهنده‌اند که ارائه مراقبت به فرد بیمار توسط همسر، تأثیر منفی بیشتری بر همسران جوان‌تر می‌گذارد و حتی در مواردی که ارائه مراقبت دائم به فرد بیمار منجر به محدود شدن همسر در خانه شود و یا از دوره زمانی معینی فراتر رود تأثیر منفی بیشتری بر کیفیت زندگی همسر و نیز کیفیت روابط وی و بیمار می‌گذارد (۶) هرچه اوقات فراغت همسر کمتر باشد استرس بیشتری را متحمل می‌شود (۷). حمایت از ارائه‌دهندگان مراقبت در طول دوره‌ی پیشرفت بیماری حائز اهمیت بسیار است، چرا که سلامت جسمی-روانی مراقبت‌دهنده و میزان اطلاعات و دانش وی اثر عمیقی بر روی نحوه‌ی مراقبت از بیمار به خصوص در منزل می‌گذارد (۸ و ۹).

از آنجا که مطالعات محدودی در زمینه‌ی کیفیت زندگی در همسران جانباز انجام‌شده (۱۰ و ۱۱) در این مطالعه برآن شدیم کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی چشمی و عوامل مؤثر بر روی آن را بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع بررسی مقطعی^۱ بود. نمونه‌های مطالعه همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی که ۱۰۸ نفر بودند در قالب طرح پایش سلامت جانبازان توسط پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان به اردویی در شهر مشهد دعوت شدند. از تمامی مراقبین که تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کرده‌بودند رضایت‌نامه‌ی کتبی گرفته‌شد. کیفیت زندگی نمونه‌ها با فرم کوتاه پرسشنامه‌ی استاندارد سنجش کیفیت زندگی

SF-36 مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات دموگرافیک همسران جانباز شامل: سن، وضعیت جانبازی، سطح سواد، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل قبل از ازدواج با جانباز، تعداد فرزندان و میزان رضایت از درآمد ماهیانه جانباز در پرسشنامه‌ی جداگانه‌ای جمع‌آوری شد. برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-36 استفاده‌شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش است و ۸ بعد کیفیت زندگی را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات احساسی، عملکرد احساسی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی، ارزیابی کلی سلامت، سرزندگی و شادابی و سلامت روان. پایایی و روایی پرسشنامه SF-36 در ایران روی ۴۱۶۳ نمونه مطالعه‌شده‌است که از این تعداد ۲۱۶۶ نفر زن بودند. میزان پایایی پرسشنامه SF-36 در ایران در تمامی حیطه‌ها بین ۰.۶۵ تا ۰.۹ بود (۱۲). نمرات ۸ بعد کیفیت زندگی براساس دستورالعمل پرسشنامه SF-36 به صورت مستقل امتیازبندی و محاسبه شد. امتیازبندی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) در نظر گرفته‌شد. پرسشنامه‌ها توسط دو پرسشگر آموزش دیده، جمع‌آوری شد. تکمیل هر پرسشنامه به صورت مصاحبه فردی حدود ۲۰-۱۵ دقیقه زمان برد. نمرات بدست آمده در هشت بعد کیفیت زندگی همسران جانباز با نمرات جامعه‌ی نرمال زنان ایرانی مقایسه‌شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های متناسب آماری از جمله one sample T-test، آنالیز واریانس، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده‌شد. سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته‌شد. تمام متغیرهایی که در کیفیت زندگی همسر جانباز معنادار شدند در مدل رگرسیون خطی قرار گرفته و اهمیت آن‌ها بررسی شد.

یافته‌ها

میانگین سنی همسران جانبازان مورد مطالعه ۴۰.۹ سال (انحراف معیار ۸.۴۸) بود. ۱۰۶ نفر از همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی (۹۸.۱ درصد) ازدواج با جانباز اولین ازدواجشان بود و تنها ۲ نفر (۱.۹ درصد) از همسران پیش از ازدواج با جانباز متأهل بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک همسر جانباز در (جدول ۱) نشان‌داده شده‌است.

^۱ Cross sectional

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک همسر جانباز شیمیایی شدید چشمی

خصوصیات دموگرافیک	تعداد	درصد
سن همسران جانباز		
کمتر از ۳۰ سال	۸	۵.۴
۳۱-۴۰ سال	۵۰	۳۳.۶
۴۱-۵۰ سال	۳۴	۲۲.۸
بالتر از ۵۱ سال	۱۶	۱۰.۱
شغل همسران جانباز		
شاغل	۱۳	۶.۸
خانه دار	۹۵	۶۳.۷
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۷۵	۷۱.۵
دیپلم	۲۳	۱۹.۴
تحصیلات دانشگاهی	۱۰	۹.۲
تعداد فرزندان		
کمتر از ۳ فرزند	۳۸	۳۲.۹
۳ فرزند	۲۷	۲۴.۳
بیشتر از ۳ فرزند	۴۳	۳۶.۲
وجود مجروحیت هایی به جز مصدومیت شیمیایی چشمی در جانباز		
بله	۵۳	۶۶.۴۹
خیر	۵۵	۵۰.۳۳
میزان رضایت همسران از درآمد ماهیانه جانباز		
بسیار زیاد	۱	۹
زیاد	۳۷	۳۴
کم	۶۳	۵۸.۵
بسیار کم	۷	۶.۶
تعداد بستری جانباز در بیمارستان در طول یک سال قبل از مطالعه		
بستری نشده	۴۴	۳۸.۷
کمتر از ۵ بار	۵۸	۵۶.۸
۵ بار و بالاتر	۶	۴.۴

سطح تحصیلات همسران جانباز با بعد عملکرد اجتماعی^{IV} نشان داد ($p=0.005$).

شاغل یا خانه‌دار بودن همسر جانباز و وجود سابقه‌ی بستری در جانباز در طول یک سال قبل از مطالعه ارتباطی با میانگین نمرات کیفیت زندگی در همسر جانباز نداشت. وجود مجروحیت‌های اضافه ناشی از جنگ در جانباز به‌طور معنی‌داری با نمرات پایین‌تر ابعاد نشاط^V ($p=0.02$) و سلامت روان^{VI} ($p=0.03$) همراه بود.

میانگین نمرات کیفیت زندگی خانم‌هایی که از میزان درآمد ماهیانه‌ی همسرشان رضایت کمی داشتند در همه‌ی ابعاد نسبت به سایر گروه‌ها پایین‌تر بود. اما در آزمون آنالیز واریانس این اختلاف تنها در بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی همسر جانباز معنادار شد ($p=0.027$).

بین تعداد فرزندان و سن همسران جانباز با کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط معنادار و معکوسی وجود دارد. با افزایش تعداد فرزندان نمره‌ی بعد عملکرد جسمی^{VII} ($r=-0.26$, $p=0.007$) همسر جانباز کاهش می‌یابد و با افزایش سن، نمرات ابعاد عملکرد جسمی ($r=-0.27$, $p=0.004$) و درد جسمانی ($r=-0.19$, $P=0.04$) کیفیت زندگی همسران جانباز کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که به‌طور کلی همسران جانبازان شیمیایی با آسیب شدید چشمی دارای کیفیت زندگی پایین می‌باشند. همسران جانباز مورد مطالعه کمترین نمرات را به ترتیب در ابعاد درد جسمانی (BP)، محدودیت در نقش به دلیل مشکلات احساسی (RE) و مقیاس سلامت روان (MCS) نشان دادند. مطالعه‌ی مشابهی که روی کیفیت زندگی همسران جانبازان با قطع عضو هر دو اندام تحتانی انجام شده، نشان داده که میانگین نمرات همسران جانباز در حیطه‌های درد بدن (BP)، عملکرد فیزیکی (PF) و سلامت عمومی^{VIII} از سایر ابعاد پایین‌تر است (۱۱). همچنین در مطالعه‌ای که روی کیفیت زندگی مراقبان جانبازان زن دچار ضایعه‌ی نخاعی انجام شده، مراقبان

کمترین نمرات کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی به‌ترتیب در ابعاد درد جسمانی^I، محدودیت محدودیت در ایفای نقش به‌علت مشکلات احساسی^{II} و مقیاس سلامت روان^{III} بود (جدول ۲). میانگین نمرات کیفیت زندگی همسران جانباز در تمامی ۸ بعد به‌طور معناداری از جامعه‌ی نرمال زنان ایرانی پایین‌تر بود و بیشترین اختلاف در بعد درد جسمانی دیده شد. (جدول ۲). آزمون آنالیز واریانس ارتباط معناداری را بین

^{IV} Social functioning

^V Vitality

^{VI} Mental health

^{VII} Physical functioning

^{VIII} General Health

^I Bodily pain

^{II} Role emotional

^{III} Mental Component Scale

دچار مشکل می‌شوند. بالارفتن سن از عوامل مهم افزایش استرس و کاهش کیفیت زندگی در مراقبین است (۱۶ و ۱۷). یافته‌های این مطالعه نشان‌داد با افزایش سن همسر جانباز، عملکرد فیزیکی وی کاهش یافته و درد جسمانی‌اش افزایش می‌یابد.

جانباز در حیطه‌های عملکرد فیزیکی (PF) و درد بدن (BP) به طور معناداری کیفیت زندگی کمتر از جامعه ی نرمال ایرانی داشتند (۱۰). مقایسه بین یافته‌های فوق نشان می‌دهد که همسران جانبازان شیمیایی علاوه بر آسیب جسمانی در ابعاد سلامت روان کیفیت زندگی نیز

جدول ۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی همسران جانباز مورد مطالعه و مقایسه آن با جامعه‌ی نرمال زنان ایرانی

ابعاد کیفیت زندگی	همسر جانباز میانگین (انحراف معیار)	جامعه زنان ایرانی میانگین (انحراف معیار)	P Value
عملکرد جسمانی (PF)	۶۶.۰۵ (۲۳.۲۹)	۸۲.۹ (۲۲.۱)	<۰.۰۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی (RP)	۵۷.۴۷ (۲۶.۱۲)	۶۶.۵ (۳۹.۱)	<۰.۰۰۰۱
درد جسمانی (BP)	۴۵.۷۸ (۲۳.۷۰)	۷۶.۴ (۲۶.۲)	<۰.۰۰۰۱
سلامتی عمومی (GH)	۵۴.۲۳ (۲۱.۶۶)	۶۵ (۲۰.۸)	<۰.۰۰۰۱
سرزندگی و شادابی (VI)	۵۳.۲۸ (۱۹.۷۹)	۶۲.۹ (۱۷.۸)	<۰.۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی (SF)	۵۹.۴۰ (۲۵.۴۶)	۷۴.۲ (۲۵.۱)	<۰.۰۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات احساسی (RE)	۴۷.۵۰ (۲۶.۱۶)	۶۲.۴ (۴۲.۴)	<۰.۰۰۰۱
سلامت روان (MH)	۵۴.۴۲ (۱۸.۴۶)	۶۵ (۱۸.۶)	<۰.۰۰۰۱

هر چه رضایت همسر جانباز از درآمد ماهیانه‌ی جانباز بیشتر باشد عملکرد اجتماعی نیز بهتر است. از محدودیت‌های این مطالعه پایین بودن سطح سواد تعدادی از نمونه‌های مورد مطالعه بود که تفهیم سؤالات پرسشنامه SF-36 را برای پرسشگران مشکل می‌نمود.

همسران جانباز به عنوان مراقبان اصلی جانبازان به شمار می‌روند، رسیدگی به جنبه‌های مختلف زندگی همسران جانباز به‌خصوص برگزاری دوره‌های آموزشی جهت آموزش مهارت‌های زندگی و برنامه‌های مختلف فرهنگی و تفریحی برای آنان، همچنین ویزیت و مشاوره توسط متخصصان موجب کاهش استرس‌های موجود در زندگی ایشان شده و باعث افزایش کیفیت زندگی همسران جانباز و به‌دنبال آن موجب ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان می‌گردد.

پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات مداخله‌ای بهداشتی جهت افزایش کیفیت زندگی جانبازان و همسرانشان انجام شود و اثرات این مطالعات بر ارتقاء کیفیت زندگی آنان مورد ارزیابی قرارگیرد و راهکارهای مناسب جهت افزایش کیفیت زندگی جانبازان و همسرانشان در اختیار سازمان‌های خدمات‌دهنده به این جامعه قرارگیرد.

اکثر مراقبین مورد مطالعه سطح سواد نسبتاً پائینی داشتند. نتایج مطالعات مختلف نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت سطح تحصیلات بر کیفیت زندگی مراقبان است (۱۴ و ۱۳) در این مطالعه نیز کیفیت زندگی زنان با تحصیل بالاتر به‌طور معناداری بهتر بود.

به‌طورکلی در مطالعه مابین اشتغال مراقبین و نمره کیفیت زندگی ارتباطی وجود نداشت، گرچه مطالعه‌ی مشابه بر روی همسران جانبازان با قطع عضو هر دو اندام تحتانی نشان‌داده که اشتغال نقش مثبتی در کیفیت زندگی مراقبین ایفا می‌کند (۱۱).

در مطالعه‌ای که بر روی همسران جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد (۵) رابطه‌ی ضعیف و منفی بین کیفیت زندگی و تعداد فرزندان بدست‌آمد. تعداد بیشتر فرزندان در این مطالعه با کیفیت زندگی پائین‌تر همسران همراه بود. به‌نظر می‌رسد وجود مشکلات شدید جسمی ناشی از تماس با عوامل شیمیایی در جانبازان مسئولیت مراقبت و نگهداری فرزندان که معمولاً بر عهده همسران جانباز می‌باشد آنان را با مشکل مواجه کرده‌است.

رضایت از درآمد معمولاً نقش مهمتری نسبت به میزان درآمد فرد دارد (۱۵)، در این مطالعه نشان‌داده‌شده که

منابع

1. Kara M, Mirici A. Loneliness, Depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004; 36(4):331-336.
2. Lim JW, Zebrak B. Caring for members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health and quality of life outcomes*; [serial online] 2004 Sep [cited 2005 Oct 30]; 2(50):1-170 Available from URL: <http://www.hqlo.com/content/2/1/50.pdf>.
3. Department of veteran affairs, Quality of life and War. 2005 Oct. <http://www.file://A: Quality of life, war, htm>.
4. Mirzamani M. Practical psychiatry in military. Tehran, Golbaran, 2001.
5. Parandeh A, Sirati M, Khaghanizadeh M, KarimiZarchi A A. The Effect of Training Conflict Resolution on Quality of life's on Spouses of War Veterans Post Traumatic Stress disorder . *Journal of military medicine* 2006; (8)1:45-51
6. Rees J, Boyle C, Mac Donagh R. Quality of life: Impact of chronic illness on partner: *Journal of the royal society of medicine*. 2001; 94(11):563-566.
7. Holicky R. A labor of love beating stress in long-term caregiving. New media & Degnan co; 2005.
8. King CR, Hinds PS. Quality of life nursing and patient perspectives. Massachusett: Jones and Bartlet publishers; 1998.
9. Friedman M. Family nursing/Research, theory and practice. 5th edition. USA: Upper saddle Newjersey Inc; 2003.
10. Mousavi B, Montazeri A, Soroush MR. Quality of life in female war related spinal cord injured and their caregivers. *The 4th National on Spinal Cord Injuries.Iran*. 2007; 59
11. Mousavi B, Soroush MR, Masoumi, Ganjparvar Z, Montazeri A. Quality of life in spouses of war related bilateral lower limb amputees. *Daneshvar* 2010; 84:11-18
12. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS, Gendek B. The short form health survey [SF-36]: translation and validation study of the Iranian version quality of life research. *Quality of life research* 2005; 14:875-882.
13. Jones DA, Peters TJ. Caring for elderly dependents: Effects on the carer's quality of life. *Age Ageing* 1992; 21:421-428.
14. Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM. The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Res nurse health*. 1993; 16[6]:395-404.
15. Mousavi B, Mirsalimi F, Soroush MR, Masumi M, Montazeri A. Quality of life in war related bilateral lower limb amputees. *Jurnal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2009; 8(3): 303-310
16. Winslow BW. Effect of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in nursing and health* 1997; 20[1]:27-37.
17. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. *Hakim* 2006; 3:1-8