

تأثیر آموزش حل تعارض بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD

اکرم پرنده^{۱*} MS.C.، مسعود سیرتی‌نیر^۲ MS.C.، مرتضی خاقانی‌زاده^۳ MS.C.، علی‌اکبر کریمی زارچی^۴ Ph.D.

آدرس مکاتبه: *دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... (عج)، دانشکده پرستاری، تهران، ایران.

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۵/۷/۱۲

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۵/۶/۲۱

تاریخ اعلام وصول: ۸۴/۱۰/۲۲

خلاصه

مقدمه: جنگ علاوه بر ایجاد عوارض و مشکلات جسمی و روانی بر رزمندگان، خانواده آنان را نیز در معرض خطر و مشکلات قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش حل تعارض برای سلامت و کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از تروما انجام گردیده است.

مواد و روش کار: این مطالعه، یک مطالعه تجربی، از نوع کار آزمایشی بالینی است که در آن تعداد ۲۸ نفر از همسران جانباز در بیمارستان بقیه‌ا... (عج) و مرکز روانپزشکی صدر مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها به طور تصادفی در دو گروه حل تعارض و شاهد تقسیم گردیدند. برای گروه مداخله، برنامه آموزشی در سه جلسه دو ساعته در هفته و به صورت آموزش گروهی ارائه شد و برای گروه شاهد هیچ گونه آموزشی ارائه نگردید. کیفیت زندگی هر دو گروه، قبل از مداخله و پس از مداخله (مرحله پیگیری و مرحله نهایی) بوسیله پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه شده SF-36) تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله برنامه SPSS انجام گرفت.

نتایج: آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری ندارند $P > 0.05$ اما پس از مداخله، همین آزمون اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان داد ($P = 0.001$). آزمون t زوج نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری داشته است ($P = 0$). همچنین آزمون آماری فریدمن نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله در هر سه مرحله مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری داشت ($P = 0.001$).

بحث: با توجه به نتایج مطالعه، پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه، به ویژه خانواده‌ی جانبازان، از برنامه‌های آموزش مهارت حل تعارض استفاده گردد.

واژگان کلیدی: همسر جانباز، حل تعارض، کیفیت زندگی، SF-36، اختلال استرس پس از تروما.

مقدمه

است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیر مستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، بوجود می‌آید. معمولاً مشکلات جسمی منجر به بروز نقص عضو می‌گردد اما جراحات روانی تا مدت‌ها، حتی پس از جنگ، گریبانگیر آسیب دیدگان خواهد بود. فرد آسیب دیده

جنگ به عنوان یک عامل فشار روانی شدید، پیامدهای گسترده‌ی فردی، اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی دارد که در گستره‌ی نسل‌های متمادی تأثیرات چشمگیری بر روابط اعضای یک جامعه می‌گذارد. از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی

نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌گردد، بلکه محیط خانواده نیز به تاثیر از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد [۱].

جنگ یکی از عوامل تاثیر گذار بر میزان شیوع، زمان شروع، و سیر اختلالات روانی و رفتاری است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۴۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به بیماریهای عصبی و روانی هستند. در هر زمان ۱۰ درصد افراد بالغ، دچار اختلالات روانی و رفتاری بوده، ۳۰ درصد مراجعین به نظام خدمات بهداشت اولیه، یک یا چند اختلال روانی را نشان می‌دهند [۲]. ۶۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال روانی، با خانواده خود زندگی می‌کنند [۳]. میزان شیوع مادام العمر اختلال استرس پس از تروما (Post traumatic stress disorder) را حدود ۸ درصد جمعیت عمومی می‌دانند که در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است. همچنین میزان شیوع بیماریهای همراه با اختلال PTSD زیاد است، به شکلی که حدود دوسوم این بیماران لااقل به دو اختلال دیگر نیز مبتلا هستند [۴]. یکی از آثار منفی جنگ، بجای ماندن جانبازان زیاد است. براساس آمار ارائه شده از سوی بنیاد جانبازان در سال ۱۳۷۸، از میان جانبازان جنگ، ۳۶۳۵۴ نفر جانباز اعصاب و روان دارای تشخیص روانپزشکی در سراسر ایران وجود دارد [۵]. در پژوهشی که بر اساس سوابق و تشخیص مندرج در پرونده‌های جانبازان اعصاب و روان و مصاحبه حضوری با خودشان در سال ۱۳۸۰ صورت گرفت، بیش از ۸۰ درصد جانبازان دچار اختلال PTSD بوده‌اند که شدت علایم آن از ضعیف تا بسیار شدید متغیر است [۶]. در پژوهشی که داویدیان و همکاران در سال ۱۳۷۷ انجام دادند، از میان ۴۰۰ مورد اختلال مورد بررسی در رزمندگان، ۳۴/۶ درصد موارد مبتلا به اختلالات نوروتیک (اختلالات اضطرابی، افسردگی، و تطابقی) و ۲۷/۶ درصد دچار اختلال استرس پس از تروما بودند [۷]. خانواده به عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیانگذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی، و اجتماعی اعضای آن است [۸]. به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان افراد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده، بخصوص همسران آنان

همچنان ادامه می‌یابد [۹]. نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده‌ی بیمار روانی، بطور معنی‌داری دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار هستند [۱۰]. همچنین تأمین مراقبت از بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار و سختی برای مراقبین می‌شود که خود باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد [۱۱]. نتایج حاصل از یک مطالعه کیفی بر روی همسران بیماران روانی نشان داد که مسؤولیتهای سخت و مزمن در زندگی روزمره، بطور عمیق کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود کاهش می‌دهد [۱۲]. اختلال استرس پس از تروما یکی از اختلالاتی است که نه تنها کیفیت زندگی جانباز، بلکه خانواده و جامعه او را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده‌ی این جانبازان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند [۱۳]. کالهون و همکاران (۲۰۰۲) طی مطالعه‌ای دریافتند که شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به PTSD با افزایش فشار روانی مراقبین ارتباط دارد [۱۴].

دژکام (۱۳۸۲) طی مطالعه‌ی نشان داد که میزان اضطراب در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر از همسران بیماران اعصاب و روان است [۹]. کیفیت زندگی حوزه‌های مختلفی از جمله حوزه سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی، و خانوادگی را شامل می‌شود [۱۵]. از آنجاییکه اختلالات روانی و رفتاری بر اقتصاد خانواده و کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد، همانند یک عامل استرس‌زا، تمامیت خانواده و کیفیت زندگی اعضا را نیز تهدید می‌نماید [۱۶]. بنابراین کاهش استرس و ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه، موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب‌نظران بهداشتی قرار گرفته است. امروزه، آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط به عنوان یکی از چندین مهارت زندگی، از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۷]. ارتباط مایه حیات هر رابطه است. رشد شخصیت و بهداشت روانی و جسمی افراد با توانایی آنان در برقراری ارتباط، رابطه دارد و یک رابطه نارسا می‌تواند سلامت جسمی و روانی شخص را تحت تاثیر قرار دهد [۱۸]. نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از تاثیر آموزش

مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، و اداره کردن اضطراب و استرس در کاهش مصرف الکل و دارو است. همچنین پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی افراد و شیوه‌های مقابله با استرس مؤثر است [۱۷]. تعارض یک بخش اجتناب‌ناپذیر در زندگی است [۱۸] که گرچه معمولاً به شکل منفی در نظر گرفته می‌شود اما می‌تواند بطور مثبت هم به کیفیت روابط و هم به رشد شخصی کمک کند و این زمانی است که بتوان با شیوه‌های صحیح و کارآمدی به حل تعارض پرداخت [۱۹]. از این رو هدف از این مطالعه بررسی تأثیر آموزش مهارت حل تعارض بر بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از تروما است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است. حجم نمونه در این مطالعه، ۲۸ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از تروما با در صد از کارافتادگی ۶۹-۲۵ درصد، مراجعه کننده به بیمارستان بقیه... (عج) و بیمارستان روانپزشکی صدر بودند که به روش نمونه گیری تسهیل شده انتخاب گردیدند و در دو گروه (۱۴ نفر گروه مداخله و ۱۴ نفر در گروه شاهد) مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه به منظور کنترل عوامل مداخله گر، همسر آن دسته از جانبازان زمان جنگ تحمیلی مورد مطالعه قرار گرفتند که شوهرانشان دارای کارافتادگی ۶۹-۲۵ درصد و مبتلا به اختلال مزمن استرس پس از تروما همراه با اختلالات خلقی بودند، حداقل از زندگی مشترک آنان یکسال می‌گذشت، و خود آنان به بیماری حاد یا مزمن جسمی یا روانی مبتلا نبود، و در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و حداکثر دیپلم، ساکن تهران و حومه، و دارای شغل خانه داری بوده‌اند. همچنین همسران جانبازان شاغل و نیز جانبازان با سابقه سوء مصرف مواد مخدر و یا اختلال استرس پس از تروما همراه با اختلال سایکوتیک از مطالعه حذف شدند. در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات فردی و قسمت دوم آن شامل پرسشنامه SF-36 بود، که ۸ حیطة را در دو جزء سلامت جسمی و روانی مورد بررسی

قرار می‌دهد. این پرسشنامه در ایران در مطالعات متعددی استفاده گردیده، اعتبار علمی آن آزموده شده است. طی مطالعه‌ای که توسط دهداری (۱۳۸۱) انجام شد ضریب همبستگی این پرسشنامه $r = 0.82$ گزارش شده است [۲۰]. همچنین در مطالعه‌ی حاضر نیز اعتبار علمی پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفته که از روش اعتبارسنجی محتوایی و روش آزمون مجدد استفاده گردید و ضریب همبستگی پرسشنامه $r = 0.82$ محاسبه گردید. روش کار در این پژوهش شامل سه مرحله، قبل از مداخله، شش هفته‌ی اول پس از مداخله (مرحله پیگیری)، و شش هفته‌ی دوم پس از مداخله (مرحله نهایی) بود. در مرحله قبل از مداخله، پژوهشگر با معرفی خود و هدف از انجام پژوهش به همسر جانبازان و جلب رضایت آنها اقدام به تکمیل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به روش مصاحبه منظم می‌کرد. نمونه گیری در مدت زمان یک ماه و نیم انجام شد و ۲۸ نفر از افراد واجد شرایط مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند. افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفته، به منظور تایید تصادفی بودن، دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک از جمله سن، تحصیلات، تعداد فرزند، طول مدت زندگی مشترک،... با استفاده از آزمونهای آماری همسان سازی شدند. در مرحله دوم پژوهش، 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. آموزش مهارت کنترل و حل تعارض به صورت سه جلسه ۲-۱/۵ ساعته بصورت یک روز در میان و به شکل آموزش گروهی، براساس محتوای مشخص و معین و با استفاده از کتب و منابع علمی [۱۸]، همراه با تمرینات و پرسش و پاسخ ارائه گردید. پژوهشگر جهت اطمینان از کسب مهارت فوق از نمونه‌ها درخواست نمود تا به طور انفرادی مهارت‌های فوق را توضیح داده و به رفع سوالات و ابهامات آنان اقدام نمود. از گروه مورد مداخله درخواست گردید مهارت فوق را در منزل به هنگام مواجهه، استفاده و نتایج تمرین را در برگه ثبت گزارش روزانه به مدت ۶ هفته یادداشت نمایند. پژوهشگر در این مدت ۶ هفته‌ای با آزمودنی‌ها در

مزمّن همراه با اختلال افسردگی اساسی بودند. ۳۵/۸ درصد جانبازان در گروه آزمون و ۴۳ درصد در گروه شاهد، دارای جانبازی ۲۵ درصدی بودند. در هر ۲ گروه مورد مطالعه، از نظر سن همسر جانباز، نیمی در محدوده سنی ۳۴-۲۴ سال و نیمی دیگر در محدوده سنی ۴۵-۳۵ سال بودند. سطح تحصیلات همسران جانبازان، اکثراً زیر دیپلم بودند. از نظر تعداد فرزندان، بیشترین فراوانی در محدوده‌ی ۲-۱ فرزند و کمترین فراوانی در محدوده‌ی ۶-۵ فرزند بود. از نظر طول مدت زندگی مشترک با جانباز، بیشترین فراوانی در گروه آزمون (۶۴/۳ درصد) در محدوده‌ی ۱۴-۸ سال و در گروه شاهد (۳۵/۷ درصد) در محدوده‌ی ۲۱-۱۵ سال و کمترین فراوانی در هر دو گروه در محدوده‌ی ۷-۱ سال بود.

پس از تعیین کیفیت زندگی همسران جانباز قبل از اجرای مداخله و ۶ هفته اول و دوم پس از مداخله و مقایسه‌ی آنها با یکدیگر نتایج زیر بدست آمد (جدول ۱).

جدول ۱:

مرحله	ابعاد کیفیت زندگی	گروهها	گروه مداخله میانگین (انحراف معیار)	گروه شاهد میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری t مستقل
قبل از مداخله	سلامت جسمی		۵۰/۹ (۲۰/۸)	۴۶/۷ (۱۷/۴)	p = ۰/۳۴
	سلامت روانی		۳۹/۴ (۱۶/۸)	۳۹/۷ (۲۰/۳)	p = ۰/۶
	نمره کل کیفیت زندگی		۴۹/۵ (۱۸/۳)	۴۶/۸ (۱۷/۱)	p = ۰/۶۸
مرحله پیگیری	سلامت جسمی		۶۱/۵ (۱۳/۶)	۴۶ (۱۵/۵)	p = ۰/۰۴
	سلامت روانی		۶۰/۷ (۵/۹)	۴۴/۵ (۱۴/۸)	p = ۰/۰۰۲
	نمره کل کیفیت زندگی		۶۲/۶ (۱۰/۴)	۴۷/۹ (۱۴/۲)	p = ۰/۰۰۴
مرحله نهایی	سلامت جسمی		۶۴/۸ (۱۳/۵)	۴۷/۸ (۱۶/۶)	p = ۰/۰۴
	سلامت روانی		۶۶/۷ (۵/۸)	۴۱/۹ (۱۵/۹)	p = ۰/۰۰۲
	نمره کل کیفیت زندگی		۶۵/۹ (۱۰/۴)	۴۸ (۱۴/۹)	p = ۰/۰۰۱

در حالی است که در گروه شاهد تغییر دیده نشد. همچنین آزمون آماری t مستقل قبل از مداخله تفاوت معنی داری نشان نداد

ارتباط بوده، پاسخ گوی سوالات احتمالی آنان بود. پس از گذشت ۶ هفته، از کلیه نمونه‌ها (گروه مداخله و گروه شاهد) درخواست گردید در محیط پژوهش حضور یافته و مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل نمایند. در مرحله نهایی مطالعه، پس از گذشت ۶ هفته‌ی دوم پس از مداخله، به منظور بررسی تأثیر استمرار آموزشی و تغییر در رفتار آزمودنی‌ها، از کلیه نمونه‌ها آزمون نهایی (تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی) به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS تحت ویندوز و آزمون‌های آماری توصیفی، آزمون t مستقل، زوج، آزمون فریدمن، و آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده گردید.

نتایج

براساس نتایج حاصل از پژوهش، میانگین سنی اکثریت جانبازان در هر دو گروه، در رده سنی ۳۳-۳۴ سال و دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. اکثریت جانبازان مورد مطالعه، مبتلا به PTSD

با توجه به جدول شماره ۱ و با توجه به آموزش گروه مورد مداخله، ابعاد سلامت جسمی و روانی و نیز میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی در مراحل پیگیری و نهایی افزایش یافته است و این

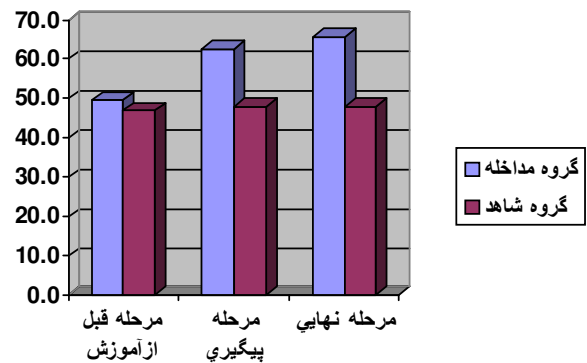
گروه مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد $P=0/000$. ولی در گروه شاهد همین آزمون تفاوت معنی داری را نشان نداد $P=0/24$. در ارتباط با رابطه‌ی بین کیفیت زندگی با مشخصات فردی همسر جانبازان، ضریب همبستگی پیرسون رابطه ضعیف و منفی را بین نمره‌ی کیفیت زندگی و متغیر تعداد فرزند نشان داد $P=0/009$ و $r_p=-0/39$. همچنین ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه مستقیم بین نمره‌ی کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی نشان داد $P=0/01$ و $r_s=0/39$.

بحث

یکی از مسائل بسیار مهم در ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن توجه به کل خانواده، به جای توجه به فرد است. وجود بیماری مزمن وجدی در یکی از اعضای خانواده معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد، و کیفیت زندگی اعضای خانواده دارد. لذا مراقبت از بیمار روانی زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب، و در نتیجه بر کیفیت زندگی تأثیر سوء می‌گذارد [۲۱]. نتایج حاصل از مطالعه‌ی قبل از مداخله نشان داد که پایین بودن میانگین نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه مربوط به بُعد سلامت روانی است. لذا بیشترین تأثیر زندگی با جانبازان در بعد روانی کیفیت زندگی همسران دیده شده است. کاپلان و همکاران عنوان نموده‌اند که پیدایش بیماری در یک عضو خانواده، سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره‌گیری آنان از یکدیگر می‌شود [۴]. در این رابطه وسترنیک و کیارتانو طی مطالعه‌ی نتیجه‌گرفتند که همسران رزمندگان از سطح بالایی از علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی، و افسردگی رنج می‌برند [۲۲]. بنازون و همکاران طی مطالعه‌ی خود نشان دادند که بیماری روانی، افراد خانواده بخصوص همسر را تحت تأثیر قرار داده و بر میزان رضایت از ازدواج و خوشبختی تأثیر منفی داشته است [۲۳]. همچنین نتایج حاصل از مطالعه‌ی انیسی نشان داد همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیر اعصاب و روان از اختلالات اضطرابی، افسردگی، و پرخاشگری بیشتری شکایات داشته‌اند [۱].

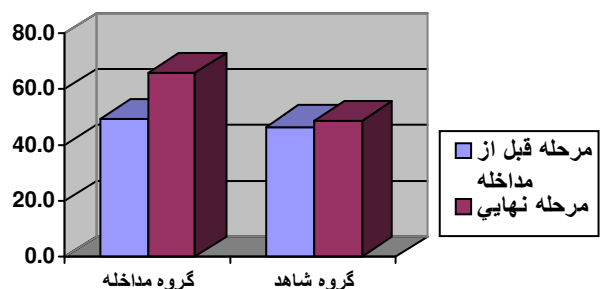
ولی در مراحل پیگیری و نهایی همین آزمون تفاوت معنی داری نشان داده است.

همچنین مقایسه میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی همسران جانبازان در سه مرحله قبل از مداخله، پیگیری، و نهایی در هر دو گروه مورد مداخله و شاهد بطور زیر بدست آمد (نمودار ۱):



نمودار فوق نشان می‌دهد که در گروه مداخله میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی در هر ۳ مرحله با توجه به آزمون آماری فریدمن اختلاف معنی دار نشان داد ($P=0/0001$) ولی در گروه شاهد تفاوت معنی داری دیده نشد ($P=0/259$).

همچنین مقایسه میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی همسران جانبازان در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه نتایج زیر بدست آمد (نمودار ۲).



نمودار فوق نشان می‌دهد که افزایش قابل توجهی از نظر اختلاف میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی پس از انجام آموزش در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد وجود دارد. آزمون آماری t زوج در

رابطه مستقیم داشته است. نتایج تحقیقات کینگ و هیندوس نیز نشان داد که عواملی همچون وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان بر روی کیفیت زندگی تأثیر گذاشته است، به طوری که وضعیت اقتصادی و اجتماعی خوب، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد [۲۷]. همچنین، در مطالعه‌ای نشان داده شد که عوامل روانی، اجتماعی، وضعیت زندگی، شبکه اجتماعی، آموزش، و وضعیت اقتصادی مهمترین عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی در همسران بیمار بوده است [۲۸]. بالاخره یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش مهارت حل تعارض و برقراری ارتباط صحیح نقش بسیار مهمی در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی داشته است. لذا با توجه به اثر بخشی روش مورد مداخله و مقرون به صرفه بودن آن از نظر اقتصادی، و نیز با توجه به نقش کلیدی همسر در خانواده لازم است برنامه‌های آموزشی برای این دسته از عزیزان بیشتر مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت از همسر بیماران به عنوان مهمترین عامل مؤثر در ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است [۲۹]. بنابراین با حمایت‌های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می‌توان میزان پذیرش بیماران را در خانواده افزایش، و عود بیماری را کاهش داده، روابط خانوادگی را مستحکم‌تر، و رفاه و بهبود زندگی اعضای خانواده را تأمین نمود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه جانبازان عزیز و همسران محترم آنان و نیز مسؤولین بیمارستان روانپزشکی صدر، بویژه مسؤولین درمانگاه و نیز مسؤولین محترم بیمارستان بقیه‌الله (عج) و اساتید محترم دانشگاه بقیه‌الله (عج) که در این پژوهش مرا یاری نموده اند کمال تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

لذا نتایج حاصل از این مطالعه با بیشتر مطالعات قبلی همخوانی دارد. نتایج حاصل از مطالعه‌ی پس از مداخله نشان داد که در گروه مورد مداخله، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی و روانی و میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است. مقایسه‌ی میانگین نمرات قبل از مداخله و بعد از مداخله مبین این مسئله است که در گروه مورد مداخله، آموزش تأثیر داشته است و کسب این نتیجه با نتایج تحقیقات دیگر در این زمینه مشابهت دارد؛ همچنان که نتایج پژوهش شوارتز نشان داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط و شیوه‌های مقابله‌ای صحیح و مناسب به ارتقاء کیفیت زندگی، عملکرد و نقش روانی - اجتماعی، رفتاری - مقابله‌ای، و جنبه‌هایی از سلامت بویژه سلامت جسمانی و روانی - شناختی کمک می‌کند. همچنین بهبود روابط ارتباطی و اجتماعی موجب کاهش تضادها و تعارضات بین شخصی و کاهش میزان طلاق می‌گردد [۲۴].

استثلی و مارکمن در پژوهش خود نتیجه گیری می‌کنند که افرادی که توانایی برقراری ارتباط مناسب را در آموزش گروهی فرا گرفته‌اند، از روابط بین فردی رضایت‌مندانه‌ای نسبت به زوج‌هایی که فاقد مهارت‌های یاد شده بوده‌اند، برخوردارند [۲۵]. از سوی دیگر نتایج بدست آمده از یکی مطالعات نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود روابط فردی و اجتماعی و کاهش اختلالات و تعارضات خانوادگی بسیار مؤثر بوده و به ایجاد امنیت روانی در محیط خانواده و سلامت روانی بیشتر اعضای منجر گردیده است [۲۶]. نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر نشان داد که برخی متغیرها از جمله تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی بر کیفیت زندگی همسر تأثیر داشته است به طوری که تعداد فرزند رابطه ضعیف و منفی با کیفیت زندگی دارد و وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی

منابع

روانشناسی. دانشگاه روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ۱۳۷۷: ص ۶

۱- انبسی ج. بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیر اعصاب و روان. پایان نامه کارشناسی ارشد

- ۱۷- خدیوی ر، معزی م، شاکری م، برجیان م ت. تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان شهرستان اردل. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام ۱۳۸۴: شماره اول: ص ۱۸.
- ۱۸- بولتون ر. روان شناسی روابط انسانی مهارت‌های مردمی. ترجمه حمید رضا سهرابی. تهران، انتشارات رشد. چاپ اول، ۱۳۸۱: ص ۲۸، ۱۳۰-۱۶۰.
- 19- Smith SB, Tutor RS, Phillips ML. Resolving conflict realistically in today's health care environment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001; 39(11):36-45.
- ۲۰- دهداری ط. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز (پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری). دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پرستاری. ۱۳۸۱.
- 21- Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba MB, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer* 2003; 98(4):854-864.
- 22- Westerink J, Giarratano L. The impact of post-traumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33(6):841-847.
- 23- Benazon NR, Coyne JC. Living with a depressed spouse. *J Fam Psychol* 2000; 14(1):71-79.
- 24- Schwartz CE. Teaching coping skills enhances quality of life more than peer support: results of a randomized trial with multiple sclerosis patients. *Health Psychol* 1999; 18(3):211-220.
- 25- Stanley SM, Markman HJ. Facts about marital distress and divorce. [cited 2006 Oct 9]. Available from URL: <http://darkwing.uoregon.edu/~rlweiss/473/section3/7.html>.
- ۲۶- ثمری ع، لعلی فاز ا. مطالعه اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. فصلنامه اصول بهداشت روانی ۱۳۸۴: سال هفتم: ص ۵۵-۴۷.
- 27- King CR, Hinds PS. *Quality of Life: From Nursing & Patient Perspectives*. Boston: Jones & Bartlett Publishers, 1998.
- 28- 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):439-445.
- 29- Shejja 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):379-383.
- ۲- اکبری م و همکاران. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱. انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران. ۱۳۸۲: ص ۴۸-۴۵، ۵۵.
- 3- Stuart G, Laraia M. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8 ed. St Louis: Mosby, 2001.
- 4- Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. 9 ed. London: Mosby, 2003.
- ۵- سیرتی نیر م. بررسی عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی موثر در عود اختلالات روانی از دیدگاه جانبازان. طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج). ۱۳۸۱: ص ۱۲.
- ۶- برهانی ح. بررسی بهداشت روانی در خانواده جانبازان اعصاب و روان استان قم. پایان نامه دوره دکتری تخصصی. دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده پزشکی. ۱۳۸۰: ص ۳.
- 7- Noorbala AA. Psychiatric disorders in combatants. *Journal of Military Medicine* 1381; 4(4):257-260.
- 8- Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care (Fundamentals of Nursing: Art & Sci of Nurs Care (Taylor)*. 5 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- ۹- دژکام م، امین الرعایا آ. مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهران مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع). مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده. ۱۳۸۲: ص ۱۱۴.
- 10- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(3):128-133.
- 11- Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res* 2003; 12 Suppl 1:33-41.
- 12- Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 2004; 30(3):665-675.
- ۱۳- رادفر ش. بررسی سلامت روانی فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان. مجله طب نظامی ۱۳۸۴: شماره ۳: ص ۲۰۵.
- 14- Calhoun PS, Beckham JC, Bosworth HB. Care-giver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2002; 15(3):205-212.
- 15- Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2001; 24(3):212-219.
- 16- Hoeman SP. *Rehabilitation Nursing: Process, Applications, & Outcomes*. 3 ed. St Louis: Mosby, 2000.