

مفهوم و عناصر سازنده کیفیت زندگی در مصدومان شیمیایی: مطالعه کیفی

عباس عبادی^۱ PhD، فضل... احمدی* PhD، مصطفی قانعی^۲ MD, FCCP، انوشیروان کاظم‌نژاد^۳ PhD

*گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۱دانشکده پرستاری و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران
^۲مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه...^(ع)، تهران، ایران
^۳گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

اهداف: عوارض تاخیری مسمومیت با گاز خردل چند ماه تا چند سال بعد از مواجهه ایجاد می‌شود. یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماری‌های مزمن، کیفیت زندگی بیماران است. هدف این مطالعه، تبیین مفهوم و عناصر سازنده کیفیت زندگی در مصدومان شیمیایی با گاز خردل بود.

روش‌ها: در مطالعه‌ای توصیفی با رویکرد کیفی، ۲۰ مصدوم شیمیایی مرد و زن (نظامی و غیرنظامی) که در فاز مزمن بیماری بودند با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مطالعه با مصاحبه‌های انفرادی نیمه‌ساختاردار و بحث در گروه متمرکز انجام شد. داده‌ها با روش تحلیل محتوی آنالیز و مفاهیم کلیدی استخراج شد.

یافته‌ها: مشارکت‌کنندگان تندرستی را مشتمل بر سلامت جسمانی، عقلانی و توانایی در انجام وظایف و انتظارات معمول از هر نفر و بخش دیگر مفهوم تندرستی را داشتن رفاه و آسایش عمومی دانستند. مزمن شدن بیماری در مصدومان شیمیایی و اثرات دیررس بیماری باعث تغییر در تمامی ابعاد سلامتی آنها شده بود؛ به طوری که دچار مشکلات جدی جسمی به خصوص در اندام تنفسی، پوست، چشم و غیره شده بودند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی مفهومی نسبی و متأثر از ماهیت بیماری (سلامت جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی)، مفهوم تندرستی (صحت، کارآمدی فردی، رفاه و آسایش) و عوامل سازگاری است.

کلیدواژه‌ها: مصدومان شیمیایی، کیفیت زندگی، بیماری مزمن، مطالعه کیفی

Concept and quality of life construct elements in chemical injured: A qualitative study

Ebadi A.¹ PhD, Ahmadi F.* PhD, Ghanei M.² MD, FCCP, Kazemnejad A.³ PhD

*Department of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran
¹“Faculty of Nursing” and “Veterans Engineering & Medical Sciences Institute”,
Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Chemical Trauma Research Center, Baqiyatallah Institute of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

Abstract

Aims: The delayed complications of mustard gas poisoning begin after several months even to several years after exposure. One of the highly principal concepts in the chronic diseases is the quality of life of the patients. The aim of this study was to clarify the concept and construct elements of quality of life in the chemical patients with mustard gas.

Methods: In this descriptive study with qualitative approach, 20 injured male and female (military and non-military) which were in the chronic disease phase were selected based on purposive sampling. The study was conducted with semi structured individual interview and focused group discussion. The data were analyzed using content analysis method and key concepts were extracted.

Results: A group of participants considered health as physical, intellectual and ability of perform duties and common expectations from every person and the other group considered it as having welfare and general comfort. Chronicity of disease in the chemical patients and delayed effects of the disease had led to changes in all aspects of their health so that they had been affected with serious physical troubles especially in the respiratory organs, skin, eyes, etc.

Conclusion: The quality of life is a relative concept influenced by the disease nature (physical, psychological, emotional and social health), health concept (wellness, Personal efficacy and Welfare) and adaptation factors.

Keywords: Chemical Victims, Quality of Life, Chronic Disease, Qualitative Research

مقدمه

عوارض تاخیری مسمومیت با گاز خردل از چند ماه تا چند سال بعد، ایجاد می‌شود [۱]. خاطری، با مطالعه ۳۶ هزار ایرانی مواجه‌شده با گاز خردل بعد از ۱۳ تا ۲۰ سال، عوارض عمده را به ترتیب تنفسی (۴۲/۵٪)، چشمی (۳۹٪)، پوستی (۲۴/۵٪) بیان می‌کند [۲]. نتایج مطالعات گسترده نشان می‌دهد که عوارض دیررس مواجه با گازهای شیمیایی جنگی، مصدومان را دچار بیماری‌های مزمن می‌کند. در نتیجه بسیاری از تغییرات ایجاد شده غیر قابل برگشت است [۳].

مفهوم بسیار مهم در بیماران مزمن، کیفیت زندگی است. از طرفی، بهبودی در بیماران مزمن غیرممکن بوده ولی مرگ یک واقعه دور دست است. در چنین موقعیتی، هدف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی است [۴].

سازمان جهانی بهداشت هم در سال ۱۹۹۵ کیفیت زندگی را به صورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و همین‌طور در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان تعریف کرد [۵]. محققان علوم پزشکی بر این باورند که کیفیت زندگی باید بر ارتقا و سودمندی زندگی بیماران متمرکز شود. به نظر می‌رسد به اندازه انسان‌هایی که مفهوم کیفیت زندگی را به کار می‌برند، تعریف برای این مفهوم وجود داشته باشد. برخی خوب بودن روحی را جزئی از کیفیت زندگی دانسته و اکثراً آن را چندوجهی می‌دانند [۶].

مانزاک و مک مالین در مطالعه خود سه صفت معرف زیر را برای کیفیت زندگی معرفی می‌نمایند:

- افراد ارزیابی ذهنی از زندگی خود به عمل می‌آورند.
- افراد رضایت خود را از زندگی‌شان معین می‌نمایند که مرتبط با جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی آنها است.
- اندازه‌گیری‌های عینی می‌تواند به عنوان مکمل ارزیابی‌های ذهنی افراد به کار رود [۷].

در گروه مصدومان شیمیایی، مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی، عموماً با ابزارهای عمومی ترجمه‌شده یا اختصاصی مرتبط با یک بیماری خاص، انجام شده است. نتایج مطالعات دیگر در بررسی کیفیت زندگی این گروه نشان می‌دهند که کیفیت زندگی، افت قابل توجهی دارد. از طرفی افت کیفیت زندگی، محدود به افراد دارای نمای انسدادی در اسپیرومتري نیست. همچنین آنها معتقدند که، هدف غایی مداخلات درمانی، نباید به بهبود علائم بیماری محدود شود. بلکه باید رفاه بیماران را افزایش دهد و روش علمی اندازه‌گیری رفاه بیماران، سنجش کیفیت زندگی آنان است. همچنین مطالعه آنها نشان داد که، ابتلای همزمان به بیماری‌های پوستی، چشمی و اعصاب و روان با کیفیت زندگی نامطلوب‌تری همراه است که نشانگر نقش مضاعف بیماری‌های همراه بر کیفیت زندگی است. آنها ادامه می‌دهند که افزایش کیفیت زندگی این بیماران، به همان اندازه که نیازمند توجه به برونشویلیت است، نیازمند توجه ویژه به اختلال‌های همراه از قبیل

مشکلات اعصاب و روان، چشم و پوست است. بنابراین لازم است که متخصصان رشته‌های مختلف با هدف بهبود سلامت جانبازان شیمیایی، همکاری نمایند [۸، ۹، ۱۰].

آنچه در وهله اول برای انجام تحقیقات ابزارسازی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، تبیین تئوریک و تعریف دقیق مفهوم مورد بررسی است. در همین راستا محققان معتقدند که در تحقیقات ابزارسازی تنها در ۱۵٪ پژوهش‌ها، مفاهیم اصلی نظیر کیفیت زندگی را به صورت دقیق و مبتنی بر دیدگاه‌های جمعیت مرجع، تبیین نموده‌اند. عدم تبیین تئوریک مفهوم، دو مشکل اساسی در پی خواهد داشت. اول اینکه اگر محقق به وضوح مفهوم مورد نظر خود را به روش علمی تبیین نکند، در این صورت تعریف ارایه شده، صلاحیت کافی برای تدوین سازه‌های ابزار را نخواهد داشت و دوم اینکه بدون وجود اطلاعات دقیق راجع به مفهوم، روایی سازه ابزار، قابل تعیین نخواهد بود [۱۱].

علاوه بر این، محتوای ابزار باید با فرهنگ و شیوه زندگی کشورها و جوامعی که قرار است ابزار برای آنها به کار گرفته شود، متناسب و هماهنگ باشد. ابزاری که در یک کشور خاص طراحی شده، تنها منعکس‌کننده زبان و فرهنگ آن جامعه است؛ که در این صورت، هنگام استفاده در جامعه دیگر، حتی در صورت ترجمه دقیق، به علت عدم تناسب محتوایی، مشکلات عدیده‌ای را سبب خواهد شد [۱۲]. تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی زیاد در کشور ایران با سایر فرهنگ‌ها ایجاب می‌کند این مفهوم مورد بررسی اختصاصی قرار گیرد. همچنین چنانچه قرار باشد از کیفیت زندگی به عنوان شاخصی برای اقدامات درمانی و مراقبتی استفاده شود، باید تحقیقات بیشتری در این خصوص انجام گیرد و ابعاد آن، خصوصاً در بیماری‌های مزمن بررسی شود. هدف از انجام این مطالعه، تبیین مفهوم و عناصر سازنده کیفیت زندگی در مصدومان شیمیایی با گاز خردل بود.

روش‌ها

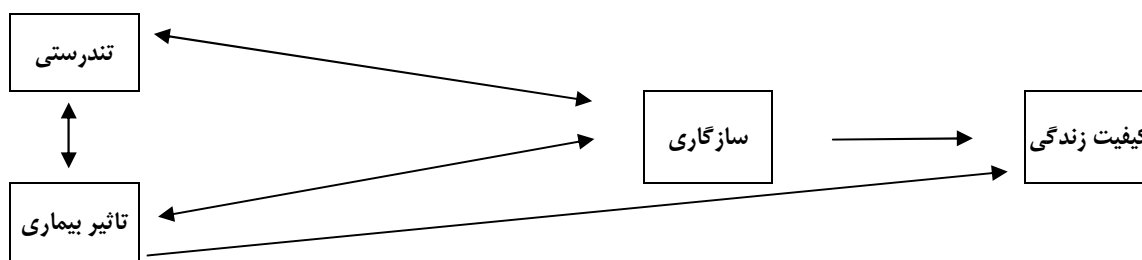
در این مطالعه کیفی، ۱۰ مصدوم شیمیایی نظامی ساکن نقاط مختلف ایران که برای مداوا به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۴ مصدوم شیمیایی غیرنظامی مراجعه‌کننده به کلینیک ویژه مصدومان شیمیایی شهرستان سردشت طی دوره زمانی از آذرماه ۱۳۸۵ تا خردادماه ۱۳۸۶ به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس انتخاب شدند. قبل از شروع هر مصاحبه، ضمن توضیح در مورد اهداف پژوهش، علت ضبط مصاحبه، مشارکت داوطلبانه، محرمانه ماندن اطلاعات و هویت اشخاص مصاحبه‌شونده برای ایشان شرح داده شد و از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه و اجازه ضبط صدا اخذ گردید. اطلاعات فردی مورد نیاز (سن، وضعیت تاهل، سیستم حمایت اجتماعی، سنوات مصدومیت، درصد جانبازی، ضایعات همراه و غیره) از پرونده و شخص مصدوم گرفته شد.

در ابتدا از بیماران پرسش‌های اصلی پرسیده شد. پرسش‌های کلی

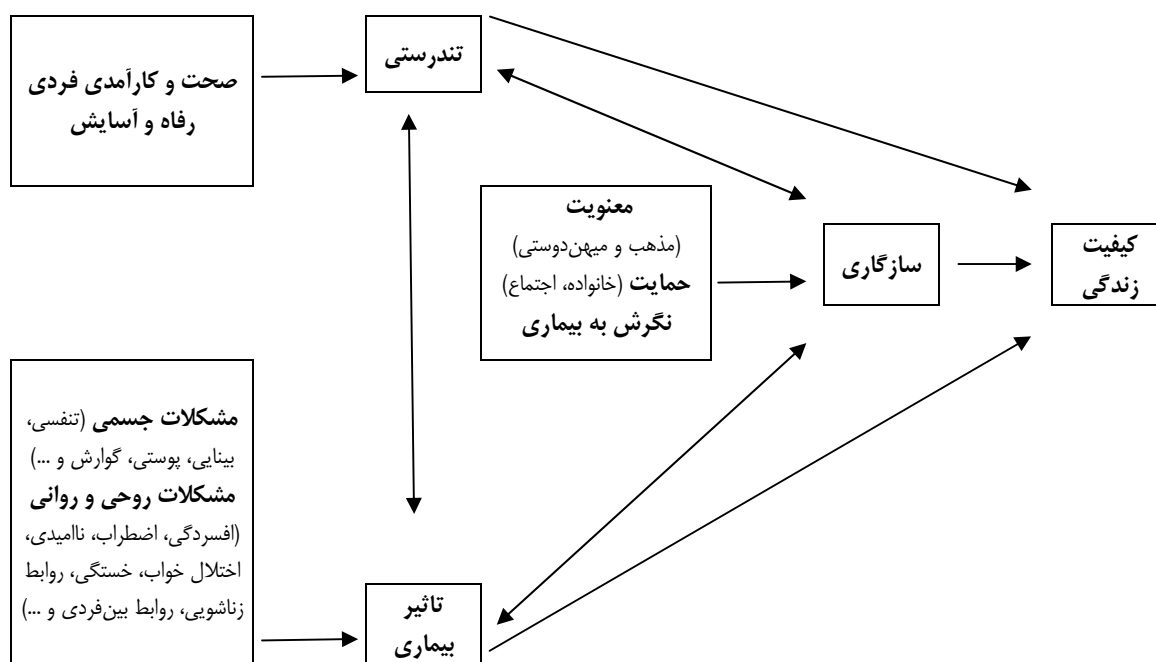
ضبط‌شده، موارد مبهم در جلسه‌های بعدی مصاحبه مورد بررسی بیشتر قرار داده شد. کلیه مصاحبه‌ها به‌صورت خطبه‌خط کدگذاری و کدهای اساسی شناسایی شدند.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوی با روش قراردادی با طی گام‌های هفت‌گانه، ۱- فرموله‌کردن سؤال پژوهش برای گرفتن پاسخ؛ ۲- انتخاب نمونه و نمونه‌گیری؛ ۳- طرح کلی فرآیند کدگذاری و آموزش تحلیلگران؛ ۴- اجرای فرآیند کدگذاری؛ ۵- تعریف طبقات؛ ۶- تعیین اعتبار و ۷- تحلیل نتایج فرآیند کدگذاری استفاده شد. محققان در این روش از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب کردند و اجازه دادند که طبقات و نام‌شان از درون داده‌ها بیرون بیاید. براساس روابط بین زیرطبقات، برخی از آنها در داخل طبقات جدیدتر ترکیب و سازماندهی شدند و روابط بین آنها به‌منظور توسعه و کمک به سازماندهی مجدد به شکل یک درختی شماتیک براساس ساختاری سلسله‌مراتبی درآمد [۱۴]. برای تایید و اصلاح صحت داده‌ها و کدهای استخراج‌شده، از نظرات و پیشنهادهای تکمیلی همکاران و همچنین مرور مصاحبه‌های پیاده‌شده استفاده شد [۱۵].

فقط به‌عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شده بود که پاسخ‌های باز و تفسیری داشت؛ نوع پاسخ مشارکت‌کنندگان، روند مصاحبه و پرسش‌ها را هدایت می‌نمود. با همه افراد مصاحبه‌های انفرادی انجام شد؛ همچنین، ۶ نفر از مصدومان نیز در یک جلسه مصاحبه گروه‌مدار برای تایید اعتبار داده‌ها شرکت کردند [۱۳]. در مصاحبه گروه‌مدار، به مشارکت‌کنندگان لیستی از مباحث استخراج‌شده از مصاحبه‌های انفرادی داده و از آنها خواسته شد که روی آنها بحث کرده و مواردی که فکر می‌کنند از قلم افتاده را اضافه نمایند. در پایان بحث گروهی متمرکز، از مشارکت‌کنندگان خواسته شد که لیستی از ۱۰ موضوع مهم مرتبط با کیفیت زندگی مصدومان شیمیایی را به‌طور انفرادی روی کاغذ نوشته و در اختیار محقق قرار دهند. مشارکت‌کنندگان آزاد بودند تا حتی موضوعاتی را که در بحث گروهی مطرح نشده وارد لیست انفرادی خود کنند. تمام مصاحبه‌ها توسط فرد ثابت انجام شد و تا رسیدن به غنای کافی و اشباع داده‌ها ادامه یافت. مدت مصاحبه‌ها بسته به شرایط بیماران ۱۱۰-۴۰ دقیقه بود و مصاحبه گروه‌مدار حدود ۱۵۰ دقیقه به‌طول انجامید. پس از پیاده‌سازی کامل مصاحبه‌های



نمودار (۱) مفاهیم و روابط تشکیل‌دهنده کیفیت زندگی در مصدومان شیمیایی



نمودار (۲) مفاهیم، روابط و عناصر تشکیل‌دهنده کیفیت زندگی در مصدومان شیمیایی

نتایج

میانگین سنی مشارکت‌کنندگان $49 \pm 7/6$ سال، میانگین میزان جانبازی $42 \pm 11/7\%$ و میانگین سنوات مصدومیت $22/28 \pm 1/2$ سال بود.

از نظر مصدومان شیمیایی، کیفیت زندگی، مفهومی نسبی و متأثر از مفهوم تندرستی (صحت و کارآمدی فردی و رفاه و آسایش)، اثرات بیماری (بر سلامت جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی) و عوامل موثر در سازگاری مصدومان شیمیایی بود. عناصر سازنده این مفهوم براساس مدل‌های مفهومی نمودارهای ۱ و ۲ استخراج شد.

از مشارکت‌کنندگان خواسته شد که به سئوالات "سلامتی چیست؟" و "چه موقع کیفیت زندگی مطلوبی دارند؟" پاسخ دهند. پاسخ‌های آنها تشکیل‌دهنده مفهوم تندرستی و شامل دو زیرمفهوم "صحت و کارآمدی فردی" و "رفاه و آسایش" بود.

مشارکت‌کنندگان تندرستی را مشتمل بر سلامت جسمانی، عقلانی و توانایی انجام وظایف و انتظارات معمول از هر نفر دانستند. برخی از اظهارنظرهای ایشان در ذیل آرایه می‌شود:

"... آدم سالم اولاً که باید قدرت جسمانی داشته باشه، دوماً باید قدرت عقلانی هم داشته باشه که بتونه تشخیص بده کاراشو. هم از نظر اقتصادی و هم از نظر روان‌شناسی و هم از نظر محیط، روان، اقتصاد همه مکمل همنده. اگه یکی از اینا ناقص باشه مثلاً فقط پول درآوردن به درد نمی‌خوره. چون اون یکی رو از کار انداخته. حالا همه اینا یک جسم سالم می‌خواد که خودش این کارو بکنه. جسم من طوری باشه که نفسم خوب باشه، اکسیژن رو بهتر جذب بکنه." ... سلامتی یعنی تندرستی. که دو جوره یکی سلامتی نفس و یکی سلامتی جسمانی." ... سلامتی بهترین نعمت خدایه. آن کسی که از نظر فکری، جسمی، بینایی، شنوایی و غیره سالم باشه. ایرادی نداشته باشه و از هر نظر سالم باشه." ... سالم یعنی کسی که معتقد به خداست و وظایفش رو درست انجام میده." ... از نظر وضعیت جسمی افراد خانواده، چه خانم یا بچه‌ها سالم باشه و به فکر مریضی نباشی و اگر خدای نکرده مریضی باشه امکانات در اختیارمون باشه برسونیمشون جایی، مداوا بشن و از اون ناراحتی دربیان. وسایل رفاهی تو خونه باشه." ... سالم بودن یعنی دل‌خوشی، استراحت و خونه خوب داشتن."

از دیدگاه مصدومان شیمیایی سلامتی مفهومی نسبی و عبارت از داشتن قدرت بدنی کافی، دلخوشی، جسم سالم، تنفس راحت و به‌طور کلی نداشتن بیماری و عدم نیاز به دارو و درمان برای خود و خانواده، همچنین داشتن فکر سالم، توانایی حل مشکلات، ارتباط مناسب با دیگران، در خدمت مردم و خداوند بودن، بود.

مصدومان شیمیایی بخش دیگر مفهوم تندرستی را داشتن رفاه و آسایش عمومی و آن را مبنایی برای داشتن عملکرد مناسب دانستند. برخی از اظهارات ایشان این چنین بود: "... کیفیت زندگی یعنی انسان از هر نظری در رفاه باشه. آرامش‌های زندگی، آرامش داخل خانوادگی باشه. از هر نظر بتونی در رفاه باشی." ... زندگی خوب اینه که هر

انسانی رو به خدا بره وظایفی که خدا گفته انجام بده، با مردم خوب باشه." ... خوبا اونایی هستن که وضع زندگی‌شون خوبه از نظر امکانات در رفاهند. ایاب و ذهابشون. از نظر خوردن و آشامیدنشون. از لحاظ مسکن شونو و غیره." ... کیفیت زندگی و غیره اولاً اینا همه از وجود خدا سرچشمه می‌گیره. انسان که خدایی باشه، کیفیت زندگی هم خدایی هستش." ... کیفیت زندگی یعنی خانواده سالم تشکیل بدم. سالم زندگی کنم. به مردم آزارم نرسه. کارهایی که خداوند گفته، چارچوب و قوانین دین رو رعایت کنم. این میشه خواست زندگی یا کیفیت زندگی." ... در زندگی محتاج نباشی و خدا ازت راضی باشه." با توجه به مزمن شدن بیماری در مصدومان شیمیایی و تغییر در تمامی ابعاد سلامت در اثر عوارض دیررس بیماری و ابتلا به مشکلات جدی جسمی به‌خصوص در اندام تنفسی، پوست، چشم، و غیره، برخی نقل‌قول‌ها در این رابطه به شرح زیر بود:

"... از آنوقت تا حالا تحت نظر پزشکان ریه، پوست و چشم هستم. هنوز هم به اون صورت بهبودی پیدا نکردم و روز به روز وضعیتم بدتر میشه. الان هم پنجمین بار است که به خاطر مسایل شیمیایی بستری می‌شم." ... من دوبار حالت خفگی داشتم که حتی نتونستم شهادتین رو بگم. خیلی سخته، حالا چشمو میشه قطره بریزی و تحمل بکنی یا چشمو بندوی. یا خارش فوقش زخم میشه. من همیشه بدنم زخمه مخصوصاً پشتم. از خاراندن تو خواب زخم میشه. ولی ریه یک چیز دیگه‌س." ... چشمم که مشکل داره که اون سرجاش محفوظ. کلا نفسم، معدهم، کلیه، کبدم و همه اینا به هم ریخته. پوستم می‌خواره. گاهی طوری میشه که می‌خوام بکنم پوستمو."

علاوه بر مشکلات جدی جسمی، این گروه از جانبازان دچار مشکلات اختلالات خواب، روابط زناشویی، خستگی مزمن، مشکلات روانی و عاطفی و مشکلات مربوط به ایفای نقش بودند.

"... بعضی وقت‌ها ۲، ۳ شب نمی‌خوابم. به‌طور متوسط ۳، ۴ ساعت می‌خوابم." ... نیمه‌نشسته می‌خوابم چون نفسم می‌گیره." "اذان صبح بیدار می‌شم، خواب آن‌چنانی ندارم، روزی ۳، ۴ ساعت اون هم جدیداً چون این دستگاه رو داده که کمک تنفسیه." "بدون قرص نمی‌تونم بخوابم. باید زیر سرم بالش بذارم."

"... از نظر جنسی اینا اثر گذاشته. بیشتر از ۲ سالیه که این طوری شدم." ... با توجه به مشکلاتی که من دارم گاهی ۲، ۳ ماه نمی‌تونم با خانومم نزدیکی کنم. خوب یک عذری میشه که همیشه بعضی وقت‌ها. داروهایی که می‌خورم گاهی آدمو عقیم میکنه."

"... زود خسته می‌شم، عرق سرد می‌کنم. نمی‌تونم حرف بزنم." ... از نظر کارهایی که باید انجام بدم زود خسته می‌شم. از نظر توان بدنی زود خسته می‌شم. از نظر فکری هم."

"... زود هم عصبانی می‌شم و زود رنجم." ... من زود ناراحت می‌شم. زود گریهام می‌گیره." ... من آینده رو خوب نمی‌بینم، من بدبینم. امید به زندگی ندارم. من قبلاً ورزشکار خیلی خوبی بودم. من از ۸ سال قبل متوجه شدم که توانایی‌های من کمتر شده و اعصابم داغون شده."

۲- ساختار چند بعدی آن شامل جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی سلامت است.

۳- متاثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است و با زندگی و زمان تغییر می‌کند.

پس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی سلامتی مرتبط است که به وضوح متاثر از فعالیت‌ها، اعتقادات، انتظارات و دریافت‌های شخص هستند. هر یک از ابعاد فوق، از دو جنبه ذهنی و عینی قابل اندازه‌گیری هستند. اگرچه جنبه عینی در توصیف میزان سلامت فرد مهم است، اما انتظارات و دریافت‌های ذهنی بیمار، بیان‌کننده کیفیت زندگی واقعی تجربه شده است [۱۹]. ولی با توجه به بافت زندگی این گروه در زمان مصدومیت، ضمن داشتن نقاط مشترک و عمومی با جامعه ایرانی، تفاوت‌هایی ویژه‌ای هم دارند.

در رابطه با تاثیر پذیرش بیماری به‌عنوان عامل سازگاری در این مطالعه، اکثر مصدومان، بیماری خود را پذیرفته و با آن کنار آمده‌اند. *ابراهیمی* در مطالعه خود دریافت که بین داوطلب بودن در اعزام به جبهه و سلامت روانی پس از ضایعه، ارتباط وجود دارد. افراد داوطلب به‌طور معنی‌داری افسردگی کمتری را گزارش نمودند. این یافته‌ها شاید نشانگر قبول مسئولیت حادثه، منبع کنترل درونی، اعتقاد و ایمان بیشتر به هدف و راه انتخاب شده باشد. وی ادامه می‌دهد که ایمان و باورداشتن هر چیز، توان و تحمل فرد را در رویارویی با پیامدهای آن افزایش می‌دهد. همچنین بین تمرکز کنترل درونی و قبول مسئولیت آگاهانه با بهداشت روانی و سازگاری، همبستگی مثبت وجود دارد [۲۰]. با توجه به تعدد مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی در مصدومان شیمیایی، تقویت منابع سازگاری و شناسایی عوامل تنش‌زا می‌تواند در تطابق این گروه با بیماری و ارتقا کیفیت زندگی آنان موثر باشد. به این معنی که عموماً افرادی که توان تطابق بیشتری با بیماری‌شان با تکیه بر عوامل فوق‌الذکر نشان می‌دهند، ابراز رضایت بیشتری از کیفیت زندگی‌شان دارند [۱۶].

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه با استخراج مستقیم تجربه مصدومان شیمیایی، تعریف مفهوم کیفیت زندگی و شناسایی ابعاد و عناصر تشکیل‌دهنده آن، گام نخست را در طراحی ابزار بومی برداشته است. استخراج محتوی‌ها از طریق مشارکت پاسخ‌گویان به‌روشی ساختارمند و علمی در کشورهای مختلف، ضرورت علمی به شمار می‌رود که تطابق فرهنگی اندازه‌گیری و ابزار را به‌حداکثر می‌رساند. از آنجایی که فرهنگ، اخلاق، مذهب و ارزش‌های مذهبی مفهوم کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، موجب مشکل ساختن تعریف و اندازه‌گیری مفهوم کیفیت زندگی می‌شود. آنچه که به‌عنوان کیفیت زندگی در یک

... دوست داشتم برای زن و بچه‌ام خدمت کنم که نتونستم. از این موضوع واقعا ناراحتم". "... من وقتی شیمیایی شدم به دکتر گفتم که به شوهرم بگه که بره زن بگیره و من دیگه نمی‌تونم وظایفم رو انجام بدم. من نمی‌تونم بهش برسم. شوهرم قبول نکرد". "... اگر آدم سلامت باشه می‌تونه دو جا کار کنه. ولی سالم که نباشه، نمی‌تونه".

بحث

در این مطالعه، عناصر سازنده کیفیت زندگی و مفهوم آنها، در مصدومان شیمیایی آلوده با گاز خردل که در فاز مزمن بیماری هستند توصیف شده است. یافته‌های این تحقیق، در بردارنده سه مقوله اصلی شامل "مفهوم کیفیت زندگی"، "اثرات بیماری" و "منابع سازگاری" در مصدومان شیمیایی بود.

وجود عوامل سازگاری موجب تطابق نسبی بیماران با بیماری‌شان می‌شود. *عبادی* و همکاران در مطالعه منابع سازگاری در این گروه، ۴ طبقه اصلی عوامل مذهبی، میهن‌پرستی، حمایت اجتماعی و نگرش به بیماری را عنوان کردند. مهم‌ترین منبع سازگاری عوامل مذهبی نظیر مشیت الهی، بیماری عامل پاکی از گناهان، دعا و نیایش و پس از آن میهن‌پرستی نظیر دفاع از میهن، ادای دین به کشور و سپس حمایت خانواده به‌ویژه همسر و بالاخره پذیرش بیماری از زیرطبقات این دسته‌ها بودند [۱۶].

سه مفهوم استخراج‌شده در بیماری‌های مزمن، دارای اهمیت ویژه‌ای بوده و به‌عنوان شاخصی برای بررسی تاثیرات بیماری، درمان و مراقبت استفاده می‌شود [۱۷]. کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است. بسیاری از اوقات کیفیت زندگی، سلامت و رضایت از زندگی به‌صورت مترادف مورد استفاده قرار می‌گیرند.

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود، با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها و اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر او، تعریف می‌کند [۵]. علی‌رغم وجود تعاریف مختلف، هنوز تعریفی که ابعاد مختلف این مفهوم را در بر بگیرد، وجود ندارد. ولی صاحب نظران در این زمینه اتفاق نظر دارند که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی، ذهنی و پویا است [۱۸]. در مطالعه حاضر نیز تعریف مفهوم کیفیت زندگی، در بردارنده نسبی بودن و متاثر بودن آن از عوامل مختلفی نظیر بستر فرهنگی جامعه مورد پژوهش، نظام ارزشی فردی، انتظارات، نگرش به بیماری و اثرات جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی بیماری است که با تعریف سازمان بهداشت جهانی سازگاری دارد.

مهربان و همکاران می‌نویسند، علی‌رغم عدم وجود تعریفی واحد و واضح از کیفیت زندگی، اما می‌توان با فرضیات زیر آن را توصیف کرد. ۱- ماهیت و ساختار آن مستقیماً قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیست.

chronic bronchiolitis obliterans due to chemical warfare agents. *Mil Med.* 2005;7(4):313-20. [Persian]

9- Attaran D, Khajedaloui M, Jafarzadeh R, Mazloomi M. Health-related quality of life in patients with chemical warfare-induced chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Iran Med.* 2006;9(4):359-63. [Persian]

10- Berahmani G, Abed Saeidi J, Kheiri AA. Quality of life in chemical warfare victims in Sardasht, Iran. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Services.* 2004;62(1):9-13. [Persian]

11- Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA.* 1994;272(8):619-26.

12- Doward LC, Mead MD, Tharsen H. Requirement for quality of life instrument in clinical research. *Value Health.* 2004;7:134-9.

13- Edwards TC. Adolescent quality of life, Part I: Conceptual and measurement model. *J Adolesc.* 2002;25:275-86.

14- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277-88.

15- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2007.

16- Ebadi A, Ahmadi F, Ghanei M, Kazemnejad A. Coping resource in chemical victims with mustard gas: A qualitative study. *J Behav Sci.* 2008;2(2):107-16. [Persian]

17- Masoudi Alavi N. Quality of life in diabetics referred to Iran Diabetes Association (IDA), Tehran. *Behbood J.* 2004;8(2):47-57. [Persian]

18- Leninger M. Quality of life from a trans-cultural nursing perspective. *Nurs Sci Quar.* 1994;7(1):22-8.

19- Mehraban D, Naderi GH, Salehi M. SF-36 questionnaire form measurement of quality of life for kidney replacement therapy in Iran. *Iran J Urol.* 2000;26(7):25-8. [Persian]

20- Ebrahimi A, Bou Alhari J, Zolfaghari F. Stress coping strategies and social support in depression, veterans with spinal cord injury. *Iran J Clin Exp Psychopathol.* 2002;8(30):40-8. [Persian]

فرهنگ تعریف می‌شود، ممکن است با سایر فرهنگ‌ها کاملاً متفاوت باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله از نتایج پایان‌نامه تحصیلی دوره دکتری دانشگاه تربیت مدرس و طرح پژوهشی مصوب پژوهشکده پزشکی و مهندسی جانبازان استخراج شده است. از کلیه مصدومان شیمیایی که در انجام این مطالعه همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- 1- Balali M, Hefazi M. The pharmacology, toxicology and medical treatment of sulfur mustard poisoning. *Fund Clin Pharmacol.* 2005;19(3):297-315.
- 2- Khateri S. Incidence of lung, eye and skin lesions as late complications 34,000 Iranians with wartime exposure to mustard agent. *J Occup Environ Med.* 2003;45(11):1136-43.
- 3- Madarshahian F. Observance of patient rights in war chemical victims. *Mil Med.* 2005;7(2):109-12. [Persian]
- 4- Mortazavi Moghaddam SG, Hosseini BM. Assessment of quality of life of asthmatic patients. *J Birjand Univ Med.* 2003;15(10):20-4. [Persian]
- 5- World Health Organization. The World health organization quality of life assessment. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1995;41(10):1403-9.
- 6- Meeberg G. Quality of life: A concept analysis. *J Adv Nurs.* 1993;18:32-8.
- 7- Mandzuk L, McMillan DEA. Concept analysis of quality of life. *J Orthop Nurs.* 2005;9:12-8.
- 8- Tavallaie SA. Health related quality of life in subjects with