

بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های فردی در همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل

نویسندگان: دکتر محبوبه صفوی^۱، دکتر محمود محمودی^۲ و کلثوم اکبر نتاج^{۳*}

۱. استادیار گروه پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

۲. استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. مربی گروه پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس

Email: Akbarnataj@gmail.com

* نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه: عوامل شیمیایی جنگی به خصوص گازخردل و عوارض ریوی آن بر روی جانبازان شیمیایی که نگرانی‌های بسیاری را برای خانواده به‌ویژه همسر به‌وجود آورده؛ در سیر طبیعی سلامتی و کیفیت زندگی جانباز و همسر مراقبت‌دهنده‌اش اختلال ایجاد می‌کند و لذا انجام پژوهش‌هایی جهت اخذ اطلاعاتی در راستای حفظ و برقراری سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی این قشر آسیب‌پذیر ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: این پژوهش به منظور بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های فردی در همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل شهر تهران در سال ۱۳۸۵ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است که در آن تعداد ۱۰۰ همسر جانباز شیمیایی در محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال با میانگین سنی ۳۶/۸۱ سال به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تصادفی انتخاب شده‌اند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ویژگی‌های فردی و مقیاس استاندارد کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان (ایجاد شده توسط فرل و گرانت)، به منظور بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی (جسمانی، روانی، اجتماعی-اقتصادی-خانوادگی) بوده است که با روش مصاحبه و تکمیل خود ایفای پرسشنامه در محل کار، منزل شخصی واحدهای مورد پژوهش و مراکز بنیاد شهید و ایثارگران تهران بزرگ انجام شد. نتایج: نتایج به‌دست آمده از آمار توصیفی نشان داد که کم‌تر از ثلث (۱۹ درصد) واحدهای مورد پژوهش در بعد جسمانی، صفر درصد در بعد روانی و ۴۹ درصد در بعد اجتماعی از امتیازات خوب بهره‌مند بودند. همچنین آزمون‌های آماری فیشروکای دو نشان داد که بین سطح تحصیلات و نمره کل کیفیت زندگی ($p < 0/02$) و درصد جانبازی و نمره کل کیفیت زندگی ($p < 0/04$) ارتباطی معکوس و لکن بین وضعیت اشتغال و تأثیر مثبت کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی ارتباط مستقیمی وجود داشت: ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، فرضیه پژوهش تحت عنوان بین کیفیت زندگی و برخی ویژگی‌های فردی همسران جانبازان شیمیایی رابطه وجود دارد. در رابطه با میزان تحصیلات، درصد جانبازی و وضعیت اشتغال تأیید گردید و در رابطه با سایر ویژگی‌های فردی پذیرفته نشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، ویژگی‌های فردی، همسر جانباز شیمیایی

دوماهنامه علمی -

پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال شانزدهم - شماره ۸۰

اردیبهشت ۱۳۸۸

وصول: ۸۶/۴/۴

آخرین اصلاحات: ۸۷/۹/۲۳

پذیرش: ۸۷/۱۱/۵

مقدمه

برخورداری از نعمت سلامت برای اغلب انسان‌ها موضوعی بسیار مهم است و انسان همواره برای رفاه مادی و معنوی خود تلاش می‌کند [۱]. از عوامل برهم‌زننده‌ی سلامت آدمی جنگ‌های حادث شده (اتمی، بیولوژیکی، شیمیایی و...) است که امروزه تأثیر عوامل شیمیایی جنگی به خصوص گاز خردل و عوارض سوء آن بر روی انسان‌ها و سایر موجودات زنده و غیر زنده بر کسی پوشیده نیست به طوری که از آن با عبارتی نظیر (تروریسم زیست محیطی) یاد شده است [۲]. وسیع‌ترین کاربرد حملات شیمیایی به‌ویژه خردل پس از جنگ جهانی اول در جنگ هشت ساله عراق علیه ایران (۶۷-۱۳۵۹) بود که بیش از ۱۱۰/۰۰۰ مجروح شیمیایی برجای گذارد [۳] و همچنان هرروزه شاهد آثار و عوارض سوء این سلاح‌های شیمیایی بوده و هستیم و خواهیم بود. جانبازان شیمیایی با مشکلات تنفسی که هر لحظه با خطر حملات تنفسی روبرو هستند نگرانی‌های بسیاری را برای خانواده و به‌ویژه همسربرجای می‌گذارد [۴]. به طوری که به دلیل مسئولیت‌پذیری‌های جدید و تغییرات نقش، آنان را به سوی تغییر شیوه زندگی با پیامدهای منفی نظیر تنهایی، انزوا و افسردگی کشانیده است [۵]. براساس این‌که تغییرات طرح بالینی بر کم کردن مدت اقامت بستری در بیمارستان و تلاش جهت درمان سرپایی و مراقبت در منزل تأکید می‌ورزد؛ به طوری که هزینه مراقبت‌های منزل محور کاهشی ۴۴ درصدی نسبت به هزینه بستری در بیمارستان نشان می‌دهد [۶]. لذا محققین معتقدند که بایستی به کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان به‌ویژه اگر ارائه مراقبت طولانی باشد، توجه فراوان کرد [۷]. حتی برخی تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی همسران مراقبت‌دهنده از شوهران مبتلا به نارسایی احتقانی مزمن ریوی پایین‌تر بوده است [۵].

کینگ و هیندس (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را به معنای چگونگی زندگی می‌دانند که در برگیرنده تفاوت‌های انحصاری افراد بوده و از دیگر افراد متمایز است. این مفهوم چند بعدی و پویا، عملکرد جسمی-روانی و

اجتماعی فرد را در بر می‌گیرد [۸]. در این راستا تئوری نظام خانوادگی بوئن (Bowen) مبنی بر این‌که تغییر رفتار هر عضو خانواده بر رفتار سایر اعضا تأثیر بسزایی می‌گذارد، مورد توجه قرار می‌گیرد [۷]؛ چرا که وقتی مراقبت‌دهندگان با تغییر بزرگی در وضعیت سلامت اعضای خانواده مواجه شوند استانداردهای درونی، ارزش‌ها و مفهوم بخشی‌شان از کیفیت زندگی تغییر می‌کند [۹]. در این ارتباط لیم و زبراک (Lim & Zebrack) (۲۰۰۴) در تحقیقات خویش دریافتند که مراقبت‌دهندگان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، عوارض جسمی- روانی زیادی را نشان داده‌اند [۶]؛ کما این‌که این امر در مورد اکثر قابل توجهی از خانواده‌های جانبازان صادق است.

مطالعات بسیاری نشان داد که ارائه مراقبت، تأثیر منفی بیش‌تری بر همسران زن جوان‌تر می‌گذارد و حتی در مواردی که ارائه مراقبت منجر به محدود شدن همسر در خانه شود و یا از برهه زمانی معینی فراتر رود تأثیر منفی بیش‌تری بر کیفیت زندگی همسر و نیز کیفیت روابط همسر و بیمار می‌گذارد [۹]. لازم به ذکر است که هر چه مراقبت سخت‌تر باشد و مراقبت‌دهنده نیز سالمند باشد احتمال بروز مشکلات روانی- جسمانی برای مراقبت‌دهندگان بیش‌تر خواهد بود؛ به طوری که در بررسی مراقبت‌دهندگان سالمند بیمارستان کرایچ در دنور (Denver Craig hospital) یافته‌هایی از استرس، عصبانیت، افسردگی، بیخوابی و بی‌اشتهایی و در مجموع تنزل احساس خوب بودن نمایان شد [۱۰]. هر چند که برخی مطالعات نتایج ارائه مراقبت مانند بازنشستگی زودرس و از دست دادن کار و درآمد حاصل از آن و تنزل اقتصادی خانواده را منفی بیان داشتند؛ لکن بررسی‌های دیگری به نتایج مثبت از جمله (احساس سربلندی و مباهات، خوشنودی، افزایش اعتماد به نفس، مفهوم بخشی زندگی و صمیمیت بیش‌تر) اشاره داشتند. برخی محققین نیز میان شدت بیماری، شدت پیوندهای عاطفی و مدت زمان ابتلا با خانواده به خصوص همسر به رابطه‌ای منطقی دست یافتند [۱۱].

کنترل استرس و جلسات گروه درمانی اهمیت بیش تری داده شود [۱۳].

ریز و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیق کیفیت زندگی و تأثیر بیماری مزمن بر روی همسر نشان دادند که وضعیت کیفیت زندگی همسران مراقبت‌دهنده بدتر از بیماران بود، نیز فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی همسر را در سه بخش ارائه مراقبت به بیمار، ویژگی‌های بیمار و مراقبت‌دهنده بر شمردند و پیشنهاداتی چون حمایت از بیمار و مراقبت‌دهنده‌اش، بهره‌گیری از ابزارهای تسهیل‌کننده مراقبت و به خدمت گماردن پرستار در منزل ارائه دادند [۹]. تحقیقات نشان داده است که پرستاران و پزشکان می‌توانند از طریق روش‌های قابل دسترس، با انتخاب یکی روش درمانی در راستای ایجاد گروه‌های حمایتی، امکان آموزش بهتر، روش‌های سازگاری سودمند، موجب ارتقاء کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان شوند [۱۰، ۸]. با توجه به یافته‌های مطالعات مختلف، آموزش الگوی خودمراقبتی اورم (Or em) به مراقبت‌دهندگان در حفظ و برقراری سلامت جسمی- روانی و سازگاری خانوادگی و ارتقاء کیفیت زندگیشان تأثیر به‌سزایی دارد و حتی اطلاعات و دانش آن‌ها تأثیری عمیق بر روی نحوه مراقبت از بیمار در منزل می‌گذارد [۹، ۸]. در این مطالعه پژوهشگر بابتی بردن به اهمیت تحقیق کیفیت زندگی همسران مراقبت‌دهنده در مطالعات مرور شده تحقیقات مشابه و با تکیه بر این اصل که پرستار در تشخیص، درمان و پیشگیری از مشکلات در افراد و خانواده هانقش مهمی برعهده دارد [۱۴]؛ درصد آن است تا با بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با برخی از ویژگی‌های فردی در همسران جانبازان شیمیایی به اطلاعات اساسی و پایه دست یابد. این امر می‌تواند عاملی مؤثر در اخذ تصمیمات بالینی و اداره مشکلات این افراد و راهنمایی و همراهی آن‌ها در به‌کارگیری امکانات آموزشی و خدمات مراقبتی و حمایتی باشد و به حفظ و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها یاری رساند.

در سنجش کیفیت زندگی از واژه‌های مثبت و منفی گوناگون و معادلی استفاده می‌شود و در رابطه با کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان، مطالعات مختلف، به جنبه‌های پیش‌تری چون عملکرد خانوادگی، مسئولیت‌پذیری و فشار و سنگینی بر دوش مراقبت‌دهنده، اشاره کردند [۶]؛ لذا الگوی کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان (ایجاد شده توسط فرل و گرانت (Ferrell & Grant) به دلیل سنجش در این تحقیق به کار گرفته شد. در بیان مروری بر مطالعات، فتوکیان (۱۳۸۳) به بررسی کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بستگان نزدیک بیماران مبتلا به سرطان پرداخت و به این نتایج دست یافت که ۶۶/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای کیفیت زندگی تا حدودی مطلوب و تعداد کمی (۳/۵ درصد) از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند. همچنین بین میزان درآمد خانواده و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($p < 0/01$) و لذا ارائه حمایت‌های جسمی- روانی- اجتماعی و خدمات رفاهی- درمانی بیماران و مراقبت‌دهندگان را پیشنهاد کرد [۱۲]. مودی و مک میلان (Mody & Mcmilan) (۲۰۰۳) در تحقیق بر روی شاخص‌های کیفیت زندگی و تنگی نفس در بیماران هاسپیس (Hospice) و همسرانشان به این نتایج دست یافتند که اغلب مراقبت‌دهندگان بیماران واجد کیفیت زندگی ضعیف، خود نیز چنین بودند و کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان تحت تأثیر چهار متغیر تسلط، نشانه‌ی دیسترس، سن و میزان تحصیلات بود و انجام تحقیقی به صورت کارآزمایی بالینی را به منظور مدیریت تنگی نفس شدید و علائم همراه در بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (copd) و مراقبت‌دهندگانشان پیشنهاد دادند [۱۰].

یافته‌های تحقیق دژکام و امین‌الرعیایا (۱۳۸۲) با عنوان مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان با بیماران اعصاب و روان نشان داد، نسبت اختلال اضطراب و افسردگی در همسران جانبازان بیش‌تر از بیماران اعصاب و روان بود و پیشنهاد گردید که به امکانات بهداشت روانی و آموزش برنامه‌های

اهداف پژوهش

- تعیین مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش
- تعیین کیفیت زندگی (جسمانی، روانی، اجتماعی-اقتصادی- خانوادگی) و ارتباط آن با مشخصات فردی.

فرضیه

بین کیفیت زندگی و برخی ویژگی‌های فردی همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل رابطه وجود دارد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی است که در آن به بررسی ارتباط کیفیت زندگی و برخی ویژگی‌های فردی همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل پرداخته شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دو بخشی مشتمل بر ۳۸ سؤال بود:

الف) پرسشنامه ویژگی‌های فردی که به منظور اخذ اطلاعات شخصی نظیر سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد خانواده، وضعیت تحصیلی، اشتغال، نوع سکونت، درصد جانبازی، مدت ابتلا و شدت عارضه ریوی جانباز طرح گردید.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان (ایجاد شده توسط فرل و گرانت) شامل ۳۰ گویه درجه‌بندی شده بر اساس مقیاس رتبه‌ای ۱۱ حالتی (۰-۱۰) بود. ویژگی این ابزار پژوهشی آن است که ابعاد کیفیت زندگی را در سه قسمت جسمانی (گویه ۵-۱)، روانی (گویه ۲۱-۶) و اجتماعی- اقتصادی - خانوادگی (۳۰-۲۲) بررسی می‌کند:

- در ۱۰ سؤال نمرات صفر بیانگر بدترین وضع و نمره ۱۰ نشانه بهترین حالت ممکن برای فرد بوده است.
- در ۲۰ سؤال دیگر نمره صفر بهترین حالت ممکن بوده است بنابراین، ترتیب مقیاس اندازه‌گیری در ۱۰ سؤال اولیه با نمره مربوط به اندازه‌گیری کیفیت زندگی رابطه مستقیم و در ۲۰ سؤال دیگر رابطه معکوس داشت. در نهایت براساس امتیاز کسب شده مابین (۰-۳۰۰) در گروه‌های کیفیت زندگی خوب (۰-۱۰۰)، متوسط

(۲۰۰-۱۰۱) وضعیف (۳۰۰-۲۰۱) قرار می‌گرفتند. برای تعیین اعتبار علمی آن از اعتبار محتوا (اخذ پرسشنامه از کتب و مقالات معتبر و مورد اصلاح و تأیید واقع شدن اساتید راهنما و مشاور) استفاده شد و اعتماد علمی آن توسط فرل و گرانت در فواصل سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۹۸ در تحقیقات مرتبط با کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان، دارای آلفای کربناخ ۰/۸۹ درصد و در ایران در پژوهش فتوکیان (۱۳۸۳) با آلفای کربناخ ۰/۸ درصد و توافق ۱۰۰ مورد تأیید قرار گرفت.

جامعه پژوهش، کلیه همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل در محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال، ساکن شهر تهران هستند که با جانباز در یک منزل مسکونی و کنار یکدیگر زندگی می‌کردند و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند.

هر چند که جامعه جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل ساکن شهر تهران براساس پرونده‌های موجود در مراکز چهارگانه بنیاد شهید و امور ایثارگران و پژوهشکده مهندسی - پزشکی جانبازان حاکی از وجود ۱۷۰۰ نفر بوده است؛ که ۱۲۰۰ نفر از آنان در گروه خفیف و ۵۰۰ نفر در گروه‌های متوسط و شدید جای می‌گرفتند، لکن آمار دقیق و درستی مبنی بر حضور فیزیکی این عزیزان در شهر تهران به‌عنوان ساکن در دست نبوده است؛ چرا که اکثر آنان علاوه بر پرونده جانبازی موجود در تهران بزرگ، دارای پرونده جانبازی در محل‌های سکونت خویش نیز بوده‌اند. لذا با نظر استاد مشاور آمار تعداد نمونه‌ها ۱۰۰ نفر تعیین گردید که با مراجعه به پژوهشکده مهندسی - پزشکی جانبازان تعداد ۱۵۰ نفر براساس جدیدترین فهرست اسامی موجود در آن مرکز با روش احتمالی و تکنیک تصادفی ساده از گروه‌های خفیف، متوسط و شدید انتخاب گردید. نکته مهم و قابل ذکر این‌که از ۱۵۰ نفر منتخب، تعداد ۵۰ نفر به دلایلی چون شهادت، جدایی از همسر، حضور نداشتن در زمان نمونه‌گیری، همکاری نکردن نمونه‌ها با محقق و... از فهرست کلی خارج شدند. از

۱۰۰ نفر موجود ۷۰ نفر در گروه خفیف و ۳۰ نفر در گروه‌های متوسط و شدید جای گرفتند.

روش کاربردین صورت بود که پژوهشگر با کسب اجازه و اخذ معرفی نامه‌های کتبی لازم از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی برای مناطق چهارگانه بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران و پژوهشکده مهندسی-پزشکی جانبازان و نیز با همیاری و هماهنگی‌های بعمل آمده و اخذ رضایت مورد نیاز از خانواده‌های مورد پژوهش توسط مراکز فوق‌الذکر و تماس تلفنی و کسب رضایت مجدد از همسران جانبازان شیمیایی توسط پژوهشگر جهت شرکت در تکمیل پرسشنامه، ضمن معرفی خود و توضیح هدف و تعیین محل ملاقات (محل کار، منزل، بیمارستان و مراکز بنیاد شهید) با میل و علاقه‌شان همراه با تعیین وقت قبلی به نزد آنان رفته و پس از ارائه توضیحات لازم و پاسخگویی پرسشنامه‌ها داده‌های خام گردآوری شد. مدت زمان نمونه‌گیری مدت سه ماه بوده است.

نتایج

هدف ویژه اول مطالعه، تعیین ویژگی‌های فردی همسران جانبازان شیمیایی است. داده‌ها نشان می‌دهد اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال (۵۴ درصد)، در سطح تحصیلی دیپلم (۳۲ درصد)، با درآمد ماهانه متوسط (۵۰ درصد)، خانه‌دار (۷۸ درصد)، ساکن منازل شخصی (۶۷ درصد)، دارای همسران با درصد جانبازی ۳۹-۲۵ درصد (۳۷ درصد) و مدت ابتلای کم‌تر از ۲۰ سال (۵۷ درصد) و با شدت عارضه ریوی متوسط (۴۱ درصد) قرار داشتند. و اقلیت آنان در گروه سنی کم‌تر از ۲۴ سال و بیش‌تر از ۵۰ سال (۴ درصد)، با وضعیت تحصیلی در حد خواندن و نوشتن و ابتدایی (۴ درصد)، با درآمد ماهانه خوب (۲۴ درصد)، شاغل

(۲۲ درصد)، ساکن منازل غیرشخصی (۶ درصد)، داران همسران با درصد جانبازی ۲۴-۰ درصد (۹ درصد)، و مدت ابتلای بیش‌تر از بیست سال (۴۳ درصد) و با شدت عارضه ریوی شدید (۲۹ درصد) جای گرفتند (جدول ۱).

در بیان هدف ویژه دوم، ابتدا ابعاد مختلف کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش تعیین گردید و آنگاه ارتباط کیفیت زندگی کل با برخی ویژگی‌های فردی مورد بررسی قرار گرفت که براساس جدول ۲ در بعد جسمانی کیفیت زندگی بالاترین میانگین مربوط به گویه شماره ۳ «احساس درد یا کوفتگی» برابر با (۶) و کم‌ترین میانگین مربوط به گویه شماره ۵ «وضعیت سلامت کلی بدن» برابر با (۴/۵۳) بود. همچنین در بعد روانی بالاترین میانگین مربوط به گویه شماره ۱۹ «آیا از عود عوارض شیمیایی در همسران می‌ترسید؟» برابر با (۸/۵۷) و کم‌ترین میانگین مربوط به گویه شماره ۲۱ «به‌طورکلی سلامت روانی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» برابر با (۴/۵۳) بود. نیز در بعد اجتماعی بالاترین میانگین مربوط به گویه شماره ۲۲ «بروز عوارض شیمیایی همسران تا چه اندازه برای خانواده شما ناراحت‌کننده بود؟» برابر با (۷/۸۵) و کم‌ترین میانگین مربوط به گویه شماره ۲۶ «تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران در فعالیت‌های شغلی شما اختلال ایجاد کرده است؟»؛ برابر با (۱/۷۲) بوده است.

همچنین طبق این مطالعه از کل واحدهای مورد پژوهش در بعد جسمانی اکثریت (۵۷ درصد) از امتیاز متوسط و اقلیت (۱۹ درصد) از امتیاز خوب کیفیت زندگی برخوردار بودند. نیز در بعد روانی اکثر (۶۱ درصد) از امتیاز ضعیف و برخوردار از امتیاز خوب کیفیت زندگی صفر بوده است. تنها در بعد اجتماعی اکثر (۴۹ درصد) از امتیاز خوب و مابقی از کیفیت زندگی متوسط وضعیف برخوردار بودند (جدول ۳).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش ساکن شهر تهران برحسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات فردی	فراوانی شاخص‌های	بیش‌ترین (درصد)	کم‌ترین (درصد)	میانگین و انحراف معیار
-------------	------------------	-----------------	----------------	------------------------

X= ۳۶/۸۱ SD=۶/۴۰	≥ ۵۰ و ≤ ۲۴ (۴)	۳۰-۳۹ (۵۴)	سن (سال)
---	در حد خواندن و نوشتن، ابتدایی (۴)	دیپلم (۳۲)	سطح تحصیلات
---	خوب ≤ ۳۰۰۰۰۰ تومان (۲۴)	متوسط (۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان) (۵۰)	وضعیت درآمد خانواده
---	شاغل (۲۲)	خانه دار (۷۸)	وضعیت اشتغال
---	سایر موارد (۶)	شخصی (۶۷)	نوع سکونت
---	۰-۲۴ (۹)	۲۵-۳۹ (۳۷)	درصد جانبازی
---	شدید (۲۹)	متوسط (۴۱)	شدت عارضه
---	بیش تر از ۲۰ سال (۴۳)	کم تر از ۲۰ سال (۵۷)	مدت ابتلا

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پاسخگویان بر حسب وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی واحدهای مورد پژوهش ساکن شهر تهران

انحراف معیار SD	میانگین X	وضعیت میانگین و انحراف معیار پاسخگویان	سؤالات وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی-اقتصادی-خانوادگی
۳/۶۴	۵/۵۱		۱ خستگی
۳/۶۰	۴/۶۱		۲ تغییرات اشتها
۳/۶۸	۶/۰۰		۳ احساس درد یا کوفتگی
۳/۶۳	۵/۹۲		۴ تغییرات خواب
۳/۰۸	۴/۵۳		۵ وضعیت سلامت کلی بدن
۳/۵۶	۶/۶۵	تا چه حد مقابله با عوارض شیمیایی همسران برای شما مشکل است؟	۶
۲/۶۹	۴/۷۳	کیفیت زندگی شما در کل چگونه است؟	۷
۳/۱۹	۵/۹۶	چقدر در زندگی احساس خوشحالی می کنید؟	۸
۲/۹۳	۴/۸۰	آیا احساس می کنید که همه چیز تحت کنترل شماست؟	۹
۲/۸۲	۷/۳۱	چقدر از زندگی خود راضی هستید؟	۱۰
۳/۹۲	۵/۰۸	در حال حاضر قدرت تمرکز یا یادآوری شما چقدر است؟	۱۱
۳/۳۷	۷/۷۲	چقدر خود را مفید احساس می کنید؟	۱۲
۳/۲۷	۷/۷۱	تا چه حد آگاهی از تشخیص عوارض شیمیایی همسران برای شما ناراحت کننده بود؟	۱۳
۳/۲۷	۷/۷۱	درمان هایی که برای عوارض شیمیایی همسران انجام شده تا چه حد برای شما ناراحت کننده بود؟	۱۴
۳/۱۴	۶/۹۰	بعد از پایان درمان همسران تا چه حد گذشت زمان برای شما ناراحت کننده بود؟	۱۵
۲/۵۷	۸/۳۳	تا چه حد نگران و مضطرب هستید؟	۱۶
۳/۴۲	۶/۳۸	تا چه حد افسرده هستید؟	۱۷

۳/۱۹	۸/۴۳	آیا می‌ت رسید از این که نوع جدیدی از عوارض شیمیایی در همسران بروز کند؟	۱۸
۲/۸۶	۸/۵۷	آیا از عود عوارض شیمیایی در همسران می‌ت رسید؟	۱۹
۲/۹۷	۸/۴۴	آیا می‌ت رسید عوارض شیمیایی در نقاط مختلف بدن همسران پخش شود؟	۲۰
۳/۲۱	۴/۵۳	به طور کلی سلامت روانی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۲۱
۳/۲۳	۷/۸۵	بروز عوارض شیمیایی همسران تا چه اندازه برای خانواده شما ناراحت کننده بود؟	۲۲
۴/۳۲	۴/۸۸	آیا از حمایت کافی سایر اعضای خانواده برخوردار بوده اید؟	۲۳
۳/۷۹	۳/۸۵	تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران در روابط شخصی شما اختلال ایجاد کرده است؟	۲۴
۳/۹۵	۳/۷۶	تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران در روابط جنسی شما با همسران اختلال ایجاد کرده است؟	۲۵
۳/۳۵	۱/۷۲	تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران در فعالیت‌های شغلی شما اختلال ایجاد کرده است؟	۲۶
۳/۶۵	۴/۲۸	تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران در انجام کارهای منزل برای شما اختلال ایجاد کرده است؟	۲۷
۴/۲۱	۴/۶۶	تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران باعث انزوای اجتماعی شما شده است؟	۲۸
۴/۰۱	۵/۶۱	تا چه حد عوارض شیمیایی یا درمان همسران برای شما مشکلات مالی ایجاد کرده است؟	۲۹
۲/۸۷	۴/۷۴	به طور کلی رفاه اجتماعی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۳۰

اجتماعی - اقتصادی - خانوادگی

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، روانی و اجتماعی) و امتیازات کسب شده از کیفیت کلی زندگی همسران جانبازان شیمیایی مورد مطالعه ساکن شهر تهران

$SD \pm \bar{x}$	جمع		ضعیف ۲۰۱-۳۰۰		متوسط ۱۰۱-۲۰۰		خوب ۰-۱۰۰		امتیازات کسب شده از کیفیت ابعاد کلی زندگی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$10/34 \pm 25/73$	۱۰۰	۱۰۰	۲۴	۲۴	۵۷	۵۷	۱۹	۱۹	جسمی
$18/54 \pm 108/85$	۱۰۰	۱۰۰	۶۱	۶۱	۳۹	۳۹	-	-	روانی
$15/92 \pm 41/68$	۱۰۰	۱۰۰	۲۷	۲۷	۲۴	۲۴	۴۹	۴۹	اجتماعی

نشان داد، وضعیت اقتصادی و درآمد خانوادگی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی است لکن در این تحقیق آزمون فیشر ارتباط آماری معناداری را به لحاظ درآمد خانواده نشان نداد. اگرچه در این پژوهش اقلیت واحدهای مورد پژوهش شاغل بودند اما از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و آزمون کای دو با $(p < 0/01)$ این ارتباط آماری را نشان داد. ضمن آن که برخی محققین میان شدت عارضه و مدت زمان ابتلای

همان طور که در بخش سابقه و مقدمه یادآوری گردید سن یکی از متغیرهای مهم در رابطه با کیفیت زندگی بود که آزمون فیشر ارتباط آماری معناداری را نشان نداد. اما سطح تحصیلات به عنوان متغیر مؤثر در این پژوهش شناخته شد که آزمون فیشر با $(p < 0/02)$ ارتباط آماری معنادار را نشان داد به طوری که همسران جانبازان شیمیایی دارای تحصیلات پایین تر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. هر چند که مطالعات بسیاری

کوفتگی» و «وضعیت سلامت کلی بدن»، در بعد روانی «ترس از عود عوارض شیمیایی در جانباز» و «ارزیابی وضعیت سلامتی روانی»، در بعد اجتماعی- اقتصادی- خانوادگی «میزان ناراحت کننده بودن بروز عوارض شیمیایی برای خانواده همسر» و «بروز اختلال در فعالیت شغلی همسر به واسطه عوارض شیمیایی یا درمان جانباز» به ترتیب از بالاترین و پایین ترین میانگین‌ها برخوردار بودند. همچنین تنها ۱۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش از امتیاز خوب بعد جسمی برخوردار بودند که این نکته توجه بیش تر مسئولین امر به مشکلات جسمی مراقبت‌دهندگان را می‌طلبد. نیز میزان برخورداری واحدهای مورد پژوهش از امتیاز خوب بعد روانی، صفر درصد بود که در این ارتباط قانعی و همکاران به علل واقعی آن چنین اشاره کردند که: ترس از بروز عوارض خطرناک ناشناخته، وجود توهمات غیرصحیح اجتماعی و... می‌تواند به اضطراب و افسردگی و یا اشکال دیگری از عوارض روانی دیررس در جانباز و خانواده‌اش منجر گردد [۱۵]. لذا تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی به‌ویژه نیروی انسانی آموزش دیده و تأسیس کارگاه‌های گروهی به منظور کسب اطلاعات بیشتر

بیمار بر روی خانواده به خصوص همسر به رابطه‌ای منطقی دست یافتند [۹ و ۶] اما در تحقیق حاضر آزمون‌های آماری کای دو و فیشر چنین ارتباطی را نشان ندادند؛ لکن درصد جانبازی که از موارد مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی همسران بود ارتباط آماری معنادار با آزمون فیشر ($p < 0/04$) نشان داد؛ بدین صورت که هر چه درصد جانبازی فرد بالاتر باشد کیفیت زندگی همسران مراقبت‌دهنده پایین تر است (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده و استناد به این یافته که اکثر جانبازان دارای درصد جانبازی ۳۹-۲۵ درصد با شدت عارضه متوسط بودند که شاید از دلایل نتایج یاد شده بروز عوارض نامشهود دیررس گازخردل و به شهادت رسیدن جانبازان شیمیایی با عارضه شدید باشد که احتمال آن می‌رود این آمار سیری صعودی و رو به تشدید عارضه بگذارد.

با توجه به این که بیش ترین حملات شیمیایی عراق نسبت به ایران از سال ۶۵ به بعد بوده است بالا بودن درصد کم تر از ۲۰ سال مدت ابتلای جانبازان شیمیایی، نامعقول به نظر نمی‌رسد. در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بعد جسمانی «وجود احساس درد یا

جدول ۴. توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از سطح کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ساکن شهر تهران بر حسب مشخصات دموگرافیک

نتایج آزمون	ضعیف (۲۰-۳۰۰)	متوسط (۱۰۱-۲۰۰)	خوب (۰-۱۰۰)	سطح کیفیت زندگی	
				مشخصات فردی	
F= ۷/۷۴ P=۰/۴۰	۵۰	۰	۵۰	≤ ۲۴	۳
	۴۵/۵ (بیش ترین)		۱۸/۲ (کم ترین)	۲۵-۲۹	
		۵۹/۳ (بیش ترین)	۱۳ (کم ترین)	۳۰-۳۹	
		۵۱/۶ (بیش ترین)	۹/۷ (کم ترین)	۴۰-۴۹	
	۰	۱۰۰	۰	≥ ۵۰	
F=۱۵/۷۱ P=۰/۰۲ (معنادار)		۱۰۰		در حد خواندن و نوشتن	وضعیت تحصیلی
		۷۵ (بیش ترین)	۶/۳ (کم ترین)	ابتدایی	
		۶۳ (بیش ترین)	۱۴/۷ (کم ترین)	راهنمایی	

		۵۰ (بیشترین)	۳/۱ (کمترین)	دیپلم	
		۳۷/۵ (بیشتر)	۲۹/۲ (کمترین)	تحصیلات دانشگاهی	
F=۱/۵۸ P=۰/۷۷		۴۶/۲ (بیشترین)	۱۵/۴ (کمترین)	ضعیف	درآمد خانواده
		۵۸ (بیشترین)	۱۴ (کمترین)	متوسط	
		۵۴/۲ (بیشترین)	۸/۳ (کمترین)	خوب	
$\chi^2=۸/۲۵$ P=۰/۰۱ (معنادار)		۶۱/۵ (بیشترین)	۱۰/۳ (کمترین)	شاغل	اشتغال
		۵۰ (بیشترین)	۲۲/۷ (کمترین)	خانه دار	
F=۳/۶۷ P=۰/۴۲		۵۸/۲ (بیشترین)	۱۱/۹ (کمترین)	شخصی	نوع سکونت
		۴۸/۱ (بیشترین)	۱۱/۱ (کمترین)	استیجاری	
	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	سایر موارد	
F=۱۶/۶۹ P=۰/۰۴ (معنادار)		۴۴/۴ (بیشترین)	۲۲/۲ (کمترین)	۰-۲۴	درصد جانبازی
		۶۷/۶ (بیشترین)	۱۰/۸ (کمترین)	۲۵-۳۹	
		۴۵/۹ (بیشترین)	۱۱/۸ (کمترین)	۴۰-۴۹	
		۶۸/۴ (بیشترین)	۰ (کمترین)	۵۰-۶۹	
	۱۷/۶	۶۴/۷ (بیشترین)	۱۷/۶ (کمترین)	≥ 70	
$\chi^2=۳/۳۷$ P=۰/۱۸		۶۰/۵ (بیشترین)	۱۰/۵ (کمترین)	کمتر از ۲۰ سال	مدت ابتلا
		۴۹/۱ (بیشترین)	۱۶/۳ (کمترین)	بیشتر از ۲۰ سال	
F=۵/۹۵ P=۰/۱۹		۵۰	۲۰ (کمترین)	خفیف	شدت عارضه
		۴۸/۸	۷/۳ (کمترین)	متوسط	
		۶۵/۵	۱۳/۸ (کمترین)	شدید	

اضطراب و افسردگی بر فرد مراقبت‌دهنده‌اش بر جای می‌گذارد [۶، ۹ و ۱۳].

در بررسی ارتباط مشخصات فردی با کیفیت کلی زندگی ارتباط معنادار آماری با وضعیت تحصیلی، اشتغال و درصد جانبازی به دست آمد ($p < 0/05$)؛ به طوری که با افزایش میزان تحصیلات از سطح کیفیت زندگی تقلیل یافت. در تأیید یافته فوق، ریز و همکاران بین میزان تحصیلات مراقبت‌دهنده و تأثیر مثبت ارائه مراقبت و بهبود کیفیت زندگی رابطه معکوسی یافتند

همسران مراقبت‌دهنده و آشنایی با یکدیگر و اطلاع از نقاط قوت‌ها و ضعف‌های خود در راستای افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس و اضطراب ناشی از مسائل و مشکلات شناخته و ناشناخته همزیستی با جانباز شیمیایی در جهت ارتقای کیفیت زندگی همسران مراقبت‌دهنده مؤثر است. مطالعات موجود حاکی از آن است که مراقبت از بیمار مزمن اثرات جسمانی- روانی- اجتماعی همچون روبه زوال رفتن سلامت فیزیکی، تخریب زندگی خانوادگی و اجتماعی و افزایش استرس،

تشکر و قدردانی

- ۱- تجلیل و تقدیر ویژه از همسران صبور و زحمتکش جانبازان شیمیایی در انجام این پژوهش
- ۲- تجلیل و تقدیر از همیاری پژوهشگرده مهندسی و پزشکی جانبازان
- ۳- تجلیل و تقدیر از همیاری مراکز بنیاد شهید و امور ایثارگران مناطق چهارگانه تهران بزرگ
- ۴- تجلیل و تقدیر از همیاری واحد علوم رفتاری و مصدومین شیمیایی بیمارستان بقیه الله (عج)

منابع

1. Courts NF, Newton NA, McNeal LJ. Husbands and wives living with multiple sclerosis: Journal of Neuroscience Nursing, 2005; 37(1):20-27.
2. Khateri Sh, editor. Victims of chemical Weapons in Iran. Tehran: Aftab Graphic pub; 2005: P.14.
۳. سروش محمدرضا، مجدی نسب مرسته (گردآورندگان)، مجموعه مقالات اولین کنگره بررسی پیامدهای کاربرد سلاح‌های شیمیایی دهم و یازدهم تیرماه ۱۳۸۳، تهران: انتشارات انجمن حمایت از قربانیان سلاح‌های شیمیایی، ۱۳۸۴ صفحه ۲.
۴. امینی رضا (گردآورنده)، مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانباز و خانواده، تهران: انتشارات پژوهشگرده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ۱۳۸۲ صفحات ۱۰۴-۱۰۱.
5. 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.
6. Lim JW, Zebrack 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):1-17. Available From URL: <http://www.hqlo.com/content/2/1/50.pdf>
7. Friedman M, editor. Family Nursing/Research, Theory and practice. Newjersey: upper Saddle Newjersey Inc; 2003: P.363.
8. King CR, Hinds PS, editors. Quality of life Nursing and Patient perspectives. Massachusetts: jones and Bartlett publishers; 1998: 174-75.
9. Rees J, Boyle C, MacDonagh R. Quality of Life: impact of chronic illness on the partner: Journal of the Royal Society of medicine 2001; 94 (11): 563-566.
10. Moody LE, Mcmillan S. Dyspnea and Quality of life Indicators in hospice patients and their caregivers: Journal of health and Quality of life outcomes 2003; 1(9): 101-112.

این گونه که مراقبت دهندگان با تحصیلات کم تر توانستند اعتماد به نفس بیش تر و مفهوم بخشی بهتر از زندگی داشته باشند [۹]، همچنین در حمایت از ارتباط معنادار آماری کیفیت زندگی با وضعیت اشتغال برخی تحقیقات حاکی از آن است که هر چند مراقبت دهندگان شاغل به علت مراقبت از بیمار در منزل، از کار خود بیش تر خسته شده و مشکلات کم کاری و غیبت از محل کار و احساس عدم امنیت شغلی را بیان داشتند اما اکثر آن‌ها حاضر به ترک کردن کار خود نمی شدند. زیرا اشتغال در خارج از منزل باعث می گردید تا حدودی از یکنواختی ارائه مراقبت به بیمار و مشکلات مربوط به آن دور باشند و در تأمین مخارج مربوط به درمان و خدمات بهداشتی بیمار در خانواده و رفع مشکلات اقتصادی کمک فراوانی کنند [۸ و ۷]. همچنین با افزایش درصد جانبازی از سطح کیفیت زندگی کاسته شد به طوری که در تأیید این امر، آمینی به نقل از فیروزآبادی (۱۳۸۱) می نویسد، میان درصد جانبازی شوهر و ابعاد اضطراب و شکایات جسمانی همسرش رابطه آماری معنادار و مستقیمی دیده شد [۴]. لذا پرستاران و سایر کادر درمان می توانند با دادن اطلاعاتی در زمینه سیستم های حمایتی و خدمات مشاوره ای موجود در جامعه و بررسی منابع در دسترس این افراد، ارائه آموزش های لازم مبنی بر رفع مشکلات جسمانی - روانی و اجتماعی مراقبت دهندگان و تأکید و تشویق آن ها به امر خود مراقبتی نقش بسزایی داشته باشند و مسئولین امر نیز در راستای پیشنهادات فوق تلاش های مؤثرتری از خود نشان دهند. با توجه به اندک بودن و کمبود منابع علمی درباره گازهای شیمیایی و عوارض سوء آن بر انسان و محیط و به دلیل عوارض دیررس ناشناخته و مبهم آن پیشنهاد می شود پژوهشگران علاقمند در جهت کمک به حال این عزیزان و خانواده شان پژوهش هایی کاربردی و مفید انجام دهند و به بررسی نیازسنجی جانبازان شیمیایی و خانواده شان با هدف شناخت و چگونگی ارتقاء کیفیت زندگی شان پردازند.

بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی
مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع). در کتاب مجموعه
مقالات اولین همایش علمی جانباز و خانواده، گردآورنده
امینی رضا. تهران: انتشارات پژوهشکده مهندسی و علوم
پزشکی جانبازان. ۱۳۸۲ صفحه ۱۱۴.

14. Boyd MA, editor. Psychiatric Nursing. Philadelphia:
lippincott Williams & wilkins; 2005: P.937.

۱۵. قانعی مصطفی، خاطری شهریار، طریقتی امیدرضا (مؤلفین)،
راهنمای بهداشت و سلامت برای جانبازان و مراقبین بهداشتی
آن‌ها، تهران: انتشارات پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی
جانبازان. ۱۳۸۲ صفحه ۲۳.

۱۱. اصغری مقدم محمدعلی، نجاریان بهمن، دهقانی محسن. در
ترجمه روان شناسی مرضی، ساراسون آیرون جی، ساراسون
باربارا آر (مؤلفین). جلد اول. چاپ پنجم. تهران: انتشارات
رشد، ۱۳۸۲ صفحه ۱۲۱.

۱۲. فتوکیان زهرا. بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک
مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان در مرکز ساتتال
مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران. پایان نامه کارشناسی
ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و
مامایی، ۱۳۸۳ صفحات ۶۳-۴۲.

۱۳. دژکام محمود، امین الرعایا آرزو. مقایسه نسبت سلامت روانی
همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به

دکتر محبوبه صفوی و همکاران