

ارتباط شدت علائم اختلال فشار عصبی پس از سانحه و مؤلفه‌های کیفیت زندگی در جانبازان

سعید ایمانی^۱، محمدکاظم عاطف وحید^{۱*}، علی اصغر اصغر نژاد فرید^۱

۱. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش

سال سیزدهم شماره دوم فروردین - اردیبهشت ۱۳۹۳ صص ۲۱۹-۲۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۲۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۲ بهمن ۹۲]

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین رابطه‌ی بین شدت علائم اختلال فشار عصبی پس از سانحه و مؤلفه‌های کیفیت زندگی در جانبازان اجرا شد. این پژوهش همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون گام به گام بود. ۱۲۰ نفر از بیماران PTSD بستری در دو بیمارستان شهر تهران صدر و ساسان به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی، مصاحبه تشخیصی PTSD واتسون و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین شدت علائم PTSD با مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی و عاطفی، درک بیمار از درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی، بُعد خلاصه جسمانی و روانی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از نقش شدت PTSD بر کاهش مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌خصوص عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی، بُعد خلاصه جسمانی و سلامت روانی بود.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، PTSD، جانباز

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، کوچه شهید منصوری، جنب بیمارستان حضرت رسول (ص)، انستیتو روانپزشکی تهران

تلفن: ۶۶۵۵۱۶۶۸

E-mail: kazemv@yahoo.com

مقدمه

اختلال فشار عصبی پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder) شامل مجموعه‌ای از علائم اضطرابی است که در پی مواجهه با عامل ایجادکننده فشار عصبی بروز می‌کند. این مواجهه می‌تواند به صورت شاهد بودن، تجربه فردی و یا شنیدن واقعه باشد که فرد به صورت ترس و درماندگی به آن پاسخ می‌دهد. میزان شیوع این اختلال در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است [۱]. با توجه به واکنشی که در فرد آسیب‌دیده به‌صورت ترس شدید، احساس درماندگی و اضطراب ظاهر می‌گردد، زمانی که این اختلال مزمن می‌شود، احتمالاً علاوه بر مشکلات بر روی خود بیمار بر نزدیکان فرد اثر گذاشته و تهدیدی برای سلامت روانی خود بیمار و خانواده فرد مبتلا محسوب می‌شود که سبب ایجاد تنش در خانواده می‌گردد [۲]. جنگ مسئله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار دراز مدتی بر جسم و روان افراد می‌گردد. ازجمله این مسائل، کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر عوارض طولانی مدت علائم و کم توجهی نیازهای بهداشتی، درمانی و توانبخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است [۳]. کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است [۴] که همواره به عنوان یک پیامد نهایی در کارآزمایی‌های بالینی، مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی مدنظر است [۵]. حوزه‌های مختلف از جمله حوزه سلامتی و اشتغال، اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی و خانوادگی را شامل می‌شود [۶]. طی چند دهه‌ای اخیر کیفیت زندگی به عنوان جزء مهم سلامت شناخته شده است، به نحوی که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقای کیفیت زندگی گردد [۷-۸]. در بیماری‌های روانی مزمن، کیفیت زندگی شاخصی است که نشان می‌دهد اقدامات درمانی تا چه حد برای بیمار مؤثر بوده است چرا که در بسیاری از این بیماری‌ها، هدف، درمان کامل افراد نیست، بلکه ایجاد شرایطی از زندگی است که فرد، احساس آرامش و امنیت نماید [۹]. وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده به‌طور معمول 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 [۱۰]. اغلب سربازانی که دارای سابقه آسیب

بوده‌اند، به ویژه افراد دارای اختلال فشار عصبی پس از سانحه که بیشترین آسیب‌شناسی روانی از قبیل اضطراب و افسردگی را داشته و در تمام حوزه‌های مختلف زندگی از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بوده‌اند [۱۱]؛ و با مشکلات متعددی در زمینه ابعاد مختلف کیفیت زندگی و به خصوص مؤلفه‌های عملکرد روانی-اجتماعی، عملکرد خانوادگی، عملکرد جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی و سرزندگی مواجه هستند [۱۹-۱۲]. از آثار زیانبار هر جنگی بروز مشکلات جسمانی و روانی است که برای افرادی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در صحنه جنگ حاضر بوده‌اند، بوجود می‌آید [۲۰]. در سربازان جنگی دارای اختلال فشار عصبی پس از سانحه ایجاد این مشکلات کیفیت زندگی آنها که تحت تأثیر بسیاری از متغیرها از قبیل سلامت جسمانی، روانی، وضعیت خانوادگی، اجتماعی، شغلی و اقتصادی است را به خودی خود دستخوش تغییرات می‌کند [۲۱-۲۲]؛ و علائم آن با ناسازگاری، بیماری و خشونت بین فردی، مشکلات جسمانی و روانی در مبتلایان ارتباط دارد [۱۶، ۱۸، ۲۳]. این امر سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد مبتلا، از هم پاشیدگی سیستم خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی، مشکلات روانی اجتماعی و ترس در سایر افراد خانواده بیمار [۲۴] و سیستم اجتماعی که فرد با آن در ارتباط است [۲۵]، می‌گردد و این پیامدها بدون شک تأثیر مخربی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به PTSD دارد. پژوهش احمدی و نجاتی نشان داد جانبازان اعصاب و روان از کیفیت زندگی پایین برخوردار بوده، و محدودیت‌هایی در زمینه فعالیت فیزیکی، جسمانی و به‌خصوص ابعاد روانی کیفیت زندگی دارند [۱۳، ۲۶]. زاتریک و همکاران در پژوهشی در خصوص ارتباط بین اختلال فشار عصبی پس از سانحه ناشی از جنگ و عملکردها و کیفیت زندگی، به این نتیجه رسیدند که این اختلال همبستگی معنادار با اختلال در عملکرد و ابعاد کیفیت زندگی شامل: خواب روزانه، ضعف سلامت جسمانی و روانی، کاهش اختلال در کارکردهای زندگی در مقایسه با گروه کنترل فاقد این اختلال وجود دارد. به طور کلی، بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ به علت نقص در زمینه‌های فعالیت‌های فردی و اجتماعی، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سایر بیماران و سربازان غیرمبتلا به PTSD هستند [۲۷]. مهرپرور طی بررسی کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ گزارش نموده است که بیشتر آنها دچار افت عملکرد شغلی و اجتماعی بوده، و دارای مشکلات چشمگیری در زمینه روابط اجتماعی و خانوادگی

مصاحبه تشخیصی PTSD واتسون: این مصاحبه در سال ۱۹۹۹ توسط واتسون، جوبا و همکاران بر اساس معیارهای DSM-III-R ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال است که علائم نشانه‌های PTSD را در ۵ طبقه A, B, C, D و E بر اساس ملاک‌های PTSD در DSM مطرح می‌کند. واتسون و همکاران، با اجرای این مصاحبه روی ۳۱ بیمار مزمن مبتلا به PTSD در ارتش ویتنام ضریب آلفای ۰/۹۲ را به‌دست آوردند [۳۳]. مداحی نیز در پژوهش خود، این مصاحبه را روی ۶۲ نفر بیمار مبتلا به PTSD اجرا نمود که ضریب اعتبار آن را با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به‌دست آورد [۳۴]. پرورش و بهرام نژاد نیز نقطه برش این مصاحبه در افراد بالای ۱۵ سال را ۷۸ گزارش کرده‌اند [۳۵]. همچنین فوآ، کن و فریدمن در رابطه با اعتبار این مصاحبه، ارقام زیر را گزارش نموده‌اند: قدرت تمایز (۰/۹۴)، حساسیت (۰/۸۹)، ثبات درونی (۰/۹۲)، بازآزمایی (۰/۹۵)، کاپا (۰/۸۲). این محققان روایی آزمونی را نیز مطلوب گزارش نموده‌اند [۳۶]. فیروزآبادی و همکاران ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آوردند [۳۷].

- پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): ابزار مناسبی برای ادراک افراد از سلامتی خود است. این پرسش‌نامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سؤال در حیطه اصلی جسمی و روانی است، که هشت خرده‌مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط وار و همکارانش مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسش‌نامه درک افراد را از کیفیت زندگی خود را در ۸ بُعد نشان می‌دهد که نمره آن بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمره ۱۰۰ وضعیت ایده‌آل را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بُعد نشان می‌دهد. ابعاد این پرسش‌نامه شامل: میزان فعالیت-های جسمانی، میزان تأثیرات جسمی، میزان دردهای بدنی، سلامت عمومی، میزان توانایی در انجام فعالیت، میزان فعالیت‌های اجتماعی، میزان تأثیرات روحی و سلامت روانی است. این ۸ بُعد مجموعاً دو بُعد کلی جسمی و روانی را تشکیل می‌دهند. این پرسش‌نامه دارای پایایی و روایی بین‌المللی است و روایی و اعتبار پرسش‌نامه SF-36 برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده‌ی سنی ۱۵ سال به بالا که بیشتر متأهل بودند ارزیابی گردید. ضریب پایایی در ۸ بُعد از این پرسش‌نامه ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ و در سرزندگی ۰/۶۵ بود [۳۸]. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسش‌نامه ابزار

هستند. و به‌دلیل افت ابعاد کیفیت زندگی از اکثر فعالیت‌ها و مشارکت‌های بین فردی کناره‌گیری می‌کنند و به ندرت در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی شرکت می‌کنند. همچنین اکثر آنها در روابط زناشویی ارتباط رضایت بخشی ندارند [۲۸]. نتایج پژوهش کرمی، عاملی و همکاران بیانگر آن است که اختلال فشار عصبی پس از سانحه در جانبازان مبتلا سبب کاهش سلامت روانی و افت عملکرد اجتماعی آنها می‌شود [۲۹]. جانگ باور، ویت ماند، دیتراخ و آنگرمیر در یک مطالعه کیفی روی همسران بیماران روانی مبتلا به اختلال فشار عصبی پس از سانحه نشان دادند علاوه بر افت کیفیت زندگی مبتلایان، تحمل مسئولیت‌های فشارزا و مزمن در طول زندگی، به‌طور قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران و همسران آنها نیز می‌شود. اختلال فشار عصبی پس از سانحه یکی از اختلالات روانی است که علاوه بر تأثیر مخرب روی کیفیت زندگی جانباز، بر روی خانواده و جامعه نیز مؤثر است [۳۰]. پرایب و همکاران در پژوهش خود نشان دادند ۸۳ درصد از سربازان دارای اختلال فشار عصبی پس از سانحه احساس نارضایتی از کیفیت زندگی به ویژه در حوزه‌های اشتغال، امور مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، و سلامت جسمی و روانی را گزارش نمودند [۳۱]. در یک مطالعه که شامل سربازان دارای اختلال فشار عصبی پس از سانحه بود، ۵۹ درصد آنها نشان داد که آسیب شدیدی در زمینه کیفیت زندگی داشته‌اند. اختلالات اضطرابی به‌ویژه PTSD زمانیکه با اختلال افسردگی همراه است تا حد زیادی بر کیفیت زندگی تأثیر مخرب دارد [۳۲]. پژوهش حاضر با هدف تعیین شدت علائم اختلال فشار عصبی پس از سانحه بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به اختلال فشار عصبی پس از سانحه انجام شده است تا راهکارهایی به منظور مداخلات مؤثرتر برای این بیماران پیشنهاد کند. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند متخصصان بهداشت روان را در جهت شناخت و درمان بیماران در معرض خطر بالا یاری دهد.

مواد و روش کار

این مطالعه همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون گام به گام بوده و نمونه‌گیری در آن به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انجام شده است. بدین صورت که ۱۲۰ نفر از بیماران PTSD بستری در بیمارستان-های صدر و ساسان، انتخاب شدند و علاوه بر پرسش‌نامه‌های ویژگی-های جمعیت شناختی، پرسش‌نامه PTSD واتسون و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)، بر روی آنها اجرا شد.

مناسبی با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی است [۳۹].

یافته‌ها

میانگین و انحراف مهمترین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان سطح معناداری ۰/۰۰۱ در جدول (۱) و میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی در جدول ۲ نشان داده شده است. وفق نتایج بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و شدت PTSD ارتباط معنادار وجود داشت. ضرایب همبستگی حاکی از آن بود که در سطح اطمینان ۹۹ درصد با آزمون یک دامنه، بین مؤلفه‌های میزان تأثیرات جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، میزان توانایی در انجام فعالیت، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی، بعد خلاصه جسمانی و بعد خلاصه روانی با شدت علائم

PTSD رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. به عبارتی هر چه شدت علائم PTSD بالاتر باشد سطح برخی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌خصوص میزان تأثیرات جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، میزان توانایی در انجام فعالیت، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی، بعد خلاصه جسمانی و بعد خلاصه روانی، در بیماران مبتلا به PTSD پایین‌تر از وضعیت مطلوب خواهد بود. نتایج دیگر پژوهش مبنی بر اینکه اثر شدت علائم PTSD بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۳). نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بیانگر این بود که شدت علائم PTSD بیشترین تأثیر را به‌ترتیب بر مؤلفه‌های عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی، بعد خلاصه جسمانی و سلامت روانی داشته و در مجموع، ۶۴ درصد از واریانس مربوط به اثر شدت علائم PTSD بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی را تبیین کردند ($P < 0.01$).

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیرها	میانگین (انحراف استاندارد)
سن	۴۴/۲۵ (۵/۴۹)
درآمد	۳۹۲ (۱۵۲)
مدت حضور در جبهه	۲۶/۷۷ (۲۲/۴۱)
میزان درصد	۲۶/۹۵ (۱۶/۵۲)

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش و ضرایب همبستگی مؤلفه‌های کیفیت زندگی با اختلال فشار عصبی پس از سانحه

متغیرها	میانگین (انحراف استاندارد)	ضریب همبستگی مؤلفه‌های کیفیت زندگی با شدت علائم PTSD
عملکرد جسمانی	۴۹/۲۵ (۳۱/۰۳)	-۰/۱۱۸
میزان تأثیرات جسمی	۲۰/۲۰ (۳۳/۴۱)	-۰/۳۵۹ ^{xx}
درد بدنی	۳۲/۹۵ (۲۷/۷۴)	-۰/۴۵۱ ^{xx}
سلامت عمومی	۴۶/۴۴ (۲۳/۳۱)	-۰/۴۲۷ ^{xx}
میزان توانایی در انجام فعالیت	۳۸/۲۵ (۲۴/۱۸)	-۰/۴۰۸ ^{xx}
عملکرد اجتماعی	۴۷/۲۹ (۳۴/۱۵)	-۰/۵۴۳ ^{xx}
مشکلات روحی	۳۵/۰۱ (۱۹/۱۶)	-۰/۳۷۰ ^{xx}
سلامت روانی	۴۱/۳۳ (۲۶/۶۲)	-۰/۵۳۵ ^{xx}
بعد خلاصه جسمانی	۳۷/۲۱ (۲۴/۸۹)	-۰/۳۸۳ ^{xx}
بعد خلاصه روانی	۳۶/۵۱ (۲۶/۱۹)	-۰/۵۳۱ ^{xx}
شدت PTSD	۵۹/۷۷ (۳۱/۱۱)	۱

جدول ۳: خلاصه الگوی رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون شدت علائم PTSD براساس مؤلفه‌های کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

خطای استاندارد	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	اندازه-گیری
۱ رگرسیون باقیمانده کلی	۳۳۸۳۹/۲۳ ۸۱۳۶۳/۶۹ ۱۱۵۲۰۲/۹۲	۱ ۱۱۸ ۱۱۹	۳۳۸۳۹/۲۳ ۶۸۹/۵۲	۴۹/۰۷	a/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۵۴	۲۶/۲۵
۲ رگرسیون باقیمانده کلی	۳۸۱۳۵/۸۹ ۷۷۰۶۷/۰۲ ۱۱۵۲۰۲/۹۲	۲ ۱۱۷ ۱۱۹	۱۹۰۶۷/۹۴ ۶۵۸/۶۹	۲۸/۹۴	b/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۵۷	۲۵/۶۶
۳ رگرسیون باقیمانده کلی	۴۶۱۱۸/۹۱ ۶۹۰۸۴/۰۱ ۱۱۵۲۰۲/۹۲	۳ ۱۱۶ ۱۱۹	۱۵۳۷۲/۹۷ ۵۹۵/۵۵	۲۵/۸۱	c/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۶۳	۲۴/۴۰
۴ رگرسیون باقیمانده کلی	۴۸۵۴۲/۹۱ ۶۶۶۶/۰۰ ۱۱۵۲۰۲/۹۲	۴ ۱۱۵ ۱۱۹	۱۲۱۳۵/۷۲ ۵۷۹/۶۵	۲۰/۹۳	d/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۶۴	۲۴/۰۷

a. متغیر پیش بین: عملکرد اجتماعی

b. متغیرهای پیش بین: عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی

c. متغیرهای پیش بین: عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی، بعد خلاصه جسمانی

d. متغیرهای پیش بین: عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی، بعد خلاصه جسمانی، سلامت روانی

ادامه جدول

متغیرها	B	Std.Error	Beta	t	سطح معناداری
۱ عملکرد اجتماعی	-۰/۴۹	۰/۰۷	-۰/۵۴	-۷/۰۰	۰/۰۰۱
۲ عملکرد اجتماعی	-۰/۶۰	۰/۰۸	-۰/۶۶	-۷/۴۴	۰/۰۰۱
عملکرد جسمانی	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۲۲	۲/۵۵	۰/۰۰۲
۳ عملکرد اجتماعی	-۰/۳۹	۰/۰۹	-۰/۴۳	-۴/۱۱	۰/۰۰۱
عملکرد جسمانی	۰/۶۵	۰/۱۴	۰/۶۵	۴/۵۴	۰/۰۰۱
بعد خلاصه جسمانی	-۰/۷۹	۰/۲۱	-۰/۶۳	-۳/۶۶	۰/۰۰۱
۴ عملکرد اجتماعی	-۰/۲۹	۰/۱۰	-۰/۳۲	-۲/۷۸	۰/۰۰۶
عملکرد جسمانی	۰/۵۸	۰/۱۴	۰/۵۸	۴/۰۳	۰/۰۰۱
بعد خلاصه جسمانی	-۰/۵۸	۰/۲۳	-۰/۴۶	-۲/۴۵	۰/۰۱۵
سلامت روانی	-۰/۳۹	۰/۱۴	-۰/۲۵	-۲/۰۴	۰/۰۴۳

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر در تأیید فرضیه‌های تحقیق مبنی بر ارتباط بین شدت علائم PTSD و مؤلفه‌های کیفیت زندگی نشان می‌دهد که هر چه میزان شدت علائم PTSD بیشتر باشد سطح مؤلفه‌های کیفیت زندگی (میزان تأثیرات جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، میزان توانایی در انجام فعالیت، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی، بُعد خلاصه جسمانی و بُعد خلاصه روانی)، در بیماران مبتلا به PTSD پایین‌تر خواهد بود. همسو با یافته‌های فوق نتایج مطالعات گراکا پیرکا، و همکاران، پرایب و همکاران؛

رنشوا و همکاران؛ بهدانی و همکاران، واسترلینگ و همکاران، میتال و همکاران، اسچتر و همکاران، نشان داده‌اند سربازان دارای اختلال فشار عصبی پس از سانحه بیشترین آسیب‌شناسی روانی از قبیل اضطراب و افسردگی داشته و در تمام حوزه‌های مختلف زندگی از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند و احساس نارضایتی از کیفیت زندگی به ویژه در حوزه‌های اشتغال، عملکرد خانوادگی و امور مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، و سلامت جسمی و روانی برخوردار هستند [۱۹-۱۱، ۳۲-۳۱]. بروز مشکلات جسمانی و روانی از آثار آسیب‌زای هر جنگی است که ممکن است برای افرادی

نتایج پژوهش‌های متعدد همسو است [۲۹-۲۲]. با توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیماری‌ها می‌تواند بر آن تأثیر بگذارند. اختلال فشار عصبی پس از سانحه، تغییراتی در احساسات و رفتار فرد مبتلا را ایجاد می‌کند که منجر به مشکلاتی در زمینه روابط بین فردی نزدیک و صمیمی می‌شود که ممکن است علاقه فرد بیمار را نسبت به فعالیت‌های اجتماعی یا جنسی کاهش یافته و از نظر عاطفی و هیجانی، سرد و بی‌روح شده و نسبت به دیگران احساس دوری و بیگانگی کنند. همچنین وجود رفتارهای تحریک پذیری، حالت‌های دفاعی، زود از جا پریدن، اضطراب و نگرانی عواملی هستند که می‌توانند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. به دلیل یادآوری خاطرات مربوط به صحنه‌های جنگ در فرد مبتلا به اختلال فشار عصبی پس از سانحه، کوچکترین مسئله‌ای زندگی او را مختل نموده، و انگار در منطقه جنگی زندگی کرده، که منجر به احساس مداومی از نگرانی در مورد احتمال وقوع خطری مبهم اما وحشتناک می‌گردد. از سوی دیگر، کابوس‌های شبانه نیز مانع از آن می‌شوند که فرد مبتلا، شب را با آرامش در کنار سایر افراد خانواده سپری کند [۳۴-۳۱، ۱۱].

بدین ترتیب شرایط فشار عصبی‌زا منجر به عود اختلال می‌شود و فرد از لحاظ وضعیت عمومی و روانی و عملکرد اجتماعی و به‌طور کلی کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا همگام با نتایج تحلیل رگرسیون (که شدت علائم PTSD بیشترین تأثیر را بر عملکرد اجتماعی مشخص می‌سازد)، می‌توان نتیجه گرفت، علائم PTSD بیشترین تأثیر بر عملکرد اجتماعی مبتلایان دارد. با توجه به تأثیر اختلال فشار عصبی پس از سانحه بر کیفیت زندگی مبتلایان به PTSD، یافته‌ها می‌تواند مؤلفه‌های مهمی را شناسایی کند که ممکن است به کاهش نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه و توسعه طرح‌های درمانی منجر شود تا بتوان به این بیماران کمک کرد به کیفیت زندگی مناسب‌تر، بهبود روابط بین فردی و خانوادگی، سازگاری مناسب با علائم و فهم درست مشکلات دست یابند. علاوه بر آموزش به بیماران و خانواده‌ها می‌توان با تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخله، علائم PTSD را کاهش و کیفیت زندگی را ارتقاء بخشید. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های وسیع‌تری بر روی سایر متغیرهای اثربخش بر شدت علائم PTSD صورت گیرد تا به‌درستی سهم هر متغیر مشخص شود.

سهم نویسندگان

سعید ایمانی: مجری تحقیق

که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم در صحنه جنگ حاضر بوده‌اند به وجود می‌آید [۲۰]. ایجاد این مشکلات کیفیت زندگی این افراد از قبیل سلامت جسمانی، روانی، وضعیت خانوادگی، اجتماعی، شغلی و اقتصادی را به خودی خود دستخوش تغییرات و تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۱].

یافته‌های متعددی نشان دادند بازماندگان جنگ که مبتلا به اختلال فشار عصبی پس از سانحه شده‌اند، از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار بوده و به‌طور غالب مشکلاتی را در زمینه روابط صمیمی و نقش‌های خانوادگی [۱۸]، مشکلات روانی اجتماعی [۱۲ و ۱۹]، سازگاری خانوادگی ضعیف‌تر [۱۶] و عملکرد جسمانی ضعیف [۱۳] را تجربه می‌کنند و علائم آن با ناسازگاری، بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان ارتباط دارد [۲۳، ۲۶]. برخی دیگر نشان داده‌اند که اختلالات روانی به‌ویژه اختلال فشار عصبی پس از سانحه همانند یک فشار عصبی بر تمامیت خانواده و اقتصاد آنها و حتی افراد جامعه‌ای که با آنها در ارتباط هستند، تأثیر منفی داشته و کیفیت زندگی فرد مبتلا و سایر اعضای خانواده را تهدید می‌کند [۲۲-۲۰]، مراقبت از بیماری سبب مختل شدن روابط خانوادگی، تحمل مسئولیت‌های فشارزا و تأثیر سوء بر کیفیت زندگی سایر افراد خانواده و حتی جامعه و ایجاد محیطی ناامن در خانواده‌های این افراد می‌شود [۱۰] که این امر سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد، از هم پاشیدگی سیستم خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و ترس در سایر افراد خانواده بیمار [۲۴] می‌شود. در مطالعات دیگری بیماران دارای اختلال فشار عصبی پس از سانحه به‌طور کلی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبوده و سطح رضایت‌مندی آنان پایین است.

نتایج این مطالعات حاکی از آن بود که سطح مؤلفه‌های عملکرد جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان آنها پایین است [۲۹-۲۷]. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام بیانگر این بود که شدت علائم PTSD بیشترین تأثیر را به‌ترتیب بر مؤلفه‌های عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی، بعد خلاصه جسمانی و سلامت روانی دارد. بیماران PTSD به دلیل مشکلات جسمانی و روانی ناشی از جنگ و مزمن شدن علائم در طی زمان و اضافه شدن مسائل دیگر از قبیل مشکلات مالی، بیکاری، تحمل درد جسمی و روحی، روابط زناشویی و بین-فردی ضعیف، خشونت، احساس ناامیدی و عوامل متعدد دیگر، طبیعتاً از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. این یافته‌ها با

از مدیریت بیمارستان و کارکنان واحد روانشناسی بیمارستان روانپزشکی صدر و کلیه بیماران بستری در بیمارستان‌های صدر و ساسان که در انجام پژوهش همکاری داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

محمد کاظم عاطف وحید: استاد راهنما
علی اصغر اصغر نژاد فرید: استاد مشاور

تشکر و قدردانی

منابع

1. Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: USA, 2007
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition, text rev), DC: Author: Washington, 2000
3. Behdani F, Fayazi Bordbar MR, Heyrani P, Talebi M, Kouhestani L. Psychiatric symptoms in chemical and somatic combat veterans. Journal of Military Medicine 2009; 11: 31-5 [Persian]
4. Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2007; 88:5290-36
5. Fayers P, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes [Hardcover], 2st Edition, Wiley: USA, 2007
Retrieved from: <http://www.amazon.com/Quality-Life-Assessment-Interpretation-Patient-reported/dp/047002450X>.
6. Sammarco. Angela. Perceived social support. Uncertainty and quality of life younger breast cancer. Journal of Cancer Nursing 2001; 24: 212- 18
7. Katschnig, 2006, cited in Katschnig, H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice, World Psychiatry 2006 5: 139-145
8. Kaplan RM. The significance of quality of life in health care. Quality of Life Research 2003; 12 :3-16
9. Preshad, D. Psychological Problem in Families of Disabled Children. British Journal of Medical Psychology 1990; 63: 173-82
10. Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba M B, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. American Cancer Society 2003; 15;98:854-64
11. Graça Pereira M, Pedras S, and Lopes C. Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. Journal of Traumatology 2012; 18: 49 -58
12. Renshaw KD, Rodrigues CS and 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: 101-15
13. 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. Journal of Rehabilitation Research & Development 2008; 45: 347-58
14. Richardson D, Mary F, Pedlar D and Elhai J. Posttraumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life among a Sample of Treatment-and Pension-Seeking Deployed Canadian Forces Peacekeeping Veterans. The Canadian Journal of Psychiatry 2008; 53:594-600
15. Schnurr P and Lunney C. Exploration of gender differences in how quality of life relates to posttraumatic stress disorder in male and female veterans. Journal of Rehabilitation Research & Development 2008; 45:383-94
16. Taft C , Schumm J, Panuzio J and Susan, P. An Examination of Family Adjustment among Operation Desert Storm Veterans. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2008; 76, : 648-56
17. King DW , Taft C, King LA , Hammond C and Stone ER. Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. Journal of Applied Social Psychology 2006; 36:2980-992
18. Sayers SL, Farrow VA, Ross J & Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. Journal of Clinical Psychiatry 2009; 70, 163-170
19. Renshaw KD, Rodrigues CS and Jones DM. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom Veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. Journal of Family Psychology 2008; 22: 586-94
20. Prandeh A, Haji Amini Z, Maleki A. Effect of progressive muscle relaxation training in life quality of PTSD veterans wives. Journal of Behavioral Sciences 2009; 3:311-16 [Persian]
21. Ghanei M ,Aslani J ,Khateri Sh and Hamadanizadeh K. Public health status of the civil population of sardasht 15 years following large-scale wartime exposure to sulfur mustard. Journal Of Burns & Surgical Wound Care 2003; 2:7-18

22. Mendlowicz MV and Sten MB. Quality of life in individuals with anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; 666-82
23. Calhoun PS, Bekham JC, Boswooth HB. Caregives and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of trauma stress* 2002; 15: 205
24. Imani S, Atef Vahid M, K & Asghar Nezhad Faeid, A A. Comparisoned quality of life in PTSD veterans with other veterans. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2012; 7: 47-56 [Persian]
25. Ray SL and Vanstone M. The impact of PTSD on veterans' family relationships: an interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 838- 47
26. Ahmadi Nodeh Kh, Nejati V. Assessment quality of life with PTSD veterans in Isfahan. *Iranian Journal of War and Public Health* 2011; 8:13-17 [Persian]
27. Zatzick DF, Marmar CR, Weiss DS, Browner WS, Metzler TJ, Golding JM, Stewart A, Schlenger WE, Schlenger WE and Wells KB. Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and quality of Life outcomes in a nationality representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154:1690-95
28. Mehrparvar, F. The quality of life in veterans with chronic PTSD in sadr psychiatric hospital, unpublished thesis, Roudehen Azad University, 2007 [Persian]
29. Karami, Ameli and et al, 2005, cited in Imani, S, Atef Vahid M, K & Asghar Nezhad Faeid, A, A. Comparisoned quality of life in PTSD veterans with other veterans. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2012; 7: 47-56 [Persian].
30. Jungbauer Y, wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr bull* 2004; 30: 665-75
31. Priebe S, Gavrilovic JJ, Matanov A, Franciskovic T, Knezevic G, Ljubotina D and Schützwohl M. Treatment outcomes and costs at specialized centers for the treatment of PTSD after the War in former Yugoslavia. *Psychiatric Service* 2010; 61: 598-604
32. Mittal D, Fortney J, Pyne J, Edlund M, Wetherell J. Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. *Psychiatric Services* 2006; 57:1731-37
33. Watson C, Juba MP and et al. The PTSD Interview; rationale, Decryption, Reliability and Concurrent validity of a DSM III-Based Technique. Veterans Administration Medical Center Minnesota. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 47: 2
34. Madahi ME. Assessment posttraumatic stress disorder in patients with PTSD due to war. Master's thesis. Allameh University 1992 [Persian]
35. Parvareh N and Bahram Nejad A. Posttraumatic stress disorder in children living in the city of Bam in Kerman 4 months after the earthquake. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andisheh va Raftar)* 2006; 12:165-8 [Persian]
36. Foa EB, Terence. KM and Friedman MJ. Effective treatment for PTSD. 1st Edition, Guilford Press: New York. London, 2004
37. Firouzabadi A, Asghar Nezhad AA, Mirzaei J and shareh H. Normalized scale of Post Traumatic Stress Disorder Clinical Executive (CAPS-1) for the psychological effects of war. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andisheh va Raftar)* 2009; 15: 334-42 [Persian]
38. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M and Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005; 14: 875-88
39. Nezhad Nadderi S. Assessment psychological symptoms and quality of life among addicts, addicts with HIV and healthy individuals in Kerman, Master's thesis. Qazvin University 2007 [Persian]

ABSTRACT

Severity of PTSD symptoms and quality of life in veterans

Saeed Imani¹, Mohammad KazemAtef Vahid^{1*}, Ali Asghar Asghar Nezhad Farid¹

1. Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 211-219

Accepted for publication: 10 May 2013

[EPub a head of print-1 February 2014]

Objective (s): The aim of this study was to determine the relationship between the severity of symptoms of PTSD and quality of life in veterans.

Methods: Using a correlational design, 120 patients with PTSD were selected through convenient sampling method from Sadr and Sasan Hospitals in Tehran, Iran. They were then administered a demographic questionnaire, the Watson PTSD Interview and the Short Form Health Survey (SF-36). The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise regression procedure.

Results: The results showed significantly negative correlations between the severity of PTSD symptoms and the different components of quality of life, including role-physical, body pain, general health, vitality, social functioning, role emotional, mental health, physical component scale and mental component scale. Moreover, the results of regression analysis revealed significant role of the severity of PTSD symptoms in reducing the quality of life, especially the social functioning, physical functioning, physical component scale and mental health.

Conclusion: The results of the study indicate that veterans' quality of life is greatly affected by the severity of their PTSD symptoms.

Key Words: Quality of life, PTSD, veterans

* Corresponding author: Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 66551668
E-mail: kazemv@yahoo.com