

نقش مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان

محمود نجفی^۱

علی عباس کمری^۲

نصراله عرفانی^۳

نصرت جعفری^۴

علی رضا پیرخانفی^۵

تاریخ وصول: ۹۲/۰۹/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان آنها انجام شد. نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ خانواده (همسر جانباز و فرزند او) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از خانواده‌های جانباز استان همدان انتخاب و پرسشنامه کیفیت زندگی روی همسران جانباز و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی روی فرزند آنها اجرا شد. نهایتاً پرسشنامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و تعداد ۲۹۸ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانباز با نشانگان مرضی فرزندان آنها رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که زیر مقیاس‌های نقش هیجانی،

۱- نویسنده مسؤل: استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان. m_najafi@semnan.ac.ir

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

۳- استادیار روانشناسی دانشگاه پیام نور

۴- مربی دانشگاه پیام نور

۵- استادیار دانشگاه آزاد واحد گرمسار

سرزندگی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی همسران به ترتیب نقش مهم و معناداری در تبیین سلامت عمومی فرزندان دارند. در مجموع می‌توان این گونه نتیجه گرفت که ارائه آموزش و خدمات متناسب و حمایت از همسران جانباز که نقش مراقبت از جانباز و تربیت فرزندان را به عهده دارند می‌تواند به عنوان مهمترین عامل ارتقاء دهنده سلامت خانواده و به خصوص فرزندان آنها به شمار آید. این نتایج در برنامه ریزی‌های مشاوره‌ای در جهت ارتقاء سلامت مفید است.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، کیفیت زندگی، جانباز.

مقدمه

در دهه‌های اخیر کیفیت زندگی^۱ به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامتی شناخته شده و یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روان‌شناسی مثبت نگر است (کاستینگ^۲، ۲۰۰۶، اسکالاک^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی در سطح کلان (اجتماع، ذهنی) و خرد (فرد، عینی) تعریف می‌شود (باولینگ^۴، ۱۹۹۶، باولینگ و ویندسور^۵، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی همه ابعاد زندگی شامل ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی است (تستا و سیمونسون^۶، ۱۹۹۶). جالوویس^۷ (۱۹۹۰) کیفیت زندگی را شامل سلامتی، توانایی عملکرد و رضایت از زندگی می‌داند و آن را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می‌کند. بعد فیزیکی شامل توانایی کار کردن عملکرد سلامتی، بعد اجتماعی شامل فشارهای اجتماعی و منابع حمایتی اجتماع و بعد روانی شامل توانایی مقابله، خودباوری، وضعیت بهداشتی و سازگاری با بیماری. تحقیقات جامعه‌شناسی و علوم رفتاری حاکی از آن هستند که محیط اجتماعی و اقتصادی تأثیر زیادی بر

-
1. quality of life
 2. Katschnig
 3. Schalock
 4. Bowling
 5. Windsor
 6. Testa & Simonson
 7. Jalluvis

کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی در افراد، به ویژه در گروه‌های آسیب پذیر از جمله جانبازان دارد (اولیور^۱، ۱۹۹۴). جنگ عواقب متعددی را به دنبال دارد و بر کیفیت زندگی خانواده‌ها و به خصوص خانواده‌های بازماندگان دارد (پرنده، سیرتی، خاقانی‌زاده و کریمی، ۲۰۰۶). بازماندگان جنگ غالباً مشکلاتی را در زمینه روابط صمیمی و نقش‌های خانوادگی (سایرز، فاروو، راس و اوسلین^۲، ۲۰۰۹)، مشکلات روانی اجتماعی (رین شاو، رادیگرز، و جونز^۳، ۲۰۰۹)، سازگاری خانوادگی ضعیف‌تر (تافت، چام، پانزیو و ساسان^۴، ۲۰۰۸) و عملکرد جسمانی ضعیف (واسترلینگ و همکاران^۵، ۲۰۰۸) تجربه می‌کنند.

همسران و خانواده اولین محیط حمایت کننده برای کسانی هستند که از جنگ برگشته‌اند و مشکلات بین فردی به عنوان عوامل خطر ساز سلامت روان بازماندگان جنگ به شمار می‌آیند (میلیکن، آچترلون و هوگ^۶، ۲۰۰۷؛ تورسون و مهلوم^۷، ۲۰۰۶). همسران بازماندگان جنگ در معرض خطر فزاینده مشکلات روانشناختی و آشفتگی هیجانی هستند (مونسون^۸، تافت و فریدمن^۹، ۲۰۰۹؛ رنشاو، بلایس و اسکا^{۱۰}، ۲۰۱۱). ورود جانبازان به خصوص جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه به نظام خانواده خطری برای ایجاد یک چرخه منفی بالقوه مشکلات روانشناختی در کل اعضای خانواده است (رنشاو و همکاران، ۲۰۱۱). فرض معمولی این است که همسرانی که با جانبازان، به خصوص جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه زندگی می‌کنند در معرض یک عامل فشارزای مزمن هستند (گالوسکی و لیونز^{۱۱}، ۲۰۰۴).

-
1. Oliver
 2. Sayers, Farrow, Ross, & Oslin
 3. Renshaw, Rodrigues & Jones
 4. Taft, Schumm, Panuzio, & Susan
 5. Vasterling
 6. Milliken, Auchterlonie, & Hoge
 7. Thoreson, & Mehlum
 8. Monson
 9. Fredman
 10. Blais, & Caska
 11. Galovski, & Lyons

پژوهش‌ها حاکی از آن است که انواع نشانگان اختلال استرس پس از سانحه (خشم، کرحتی هیجانی، اجتناب، گسستگی) با آشفتگی زناشویی و روانشناختی بالاتری در همسران گره خورده است (ایوانز، مک هاگ و هاپ وود^۱، ۲۰۰۳؛ نلسون، کراو، ریزیگ و هامیلتون^۲، ۲۰۰۷). نلسون و اسمیت^۳ (۲۰۰۵) اظهار داشته‌اند که مکانیسم‌های بالقوه‌ای در ایجاد آشفتگی در همسران وجود دارد از جمله اینکه استرس مزمن منجر به نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و عدم ارضای نیازهای دلبستگی در همسران می‌شود. رنشاو و همکاران (۲۰۱۱) و رنشاو و همکاران (۲۰۰۹) خاطر نشان ساخته‌اند که ادراکات همسران از شدت رنج جانبازان ممکن است نسبت به هر عامل رنج‌آور دیگری در ایجاد آشفتگی مهمتر باشد. همچنین عامل استرس‌زای دیگر ممکن است مربوط به عدم توافق جانبازان و همسران آنها در مورد رنج جانبازان باشد. بدین صورت که همسران ممکن است سطوح بالایی از رنج را برای جانبازان ادراک کنند اما جانبازان سطوح بالایی از رنج را گزارش کنند. رنشاو و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که ادراکات همسران از شدت نشانگان جانبازان با آشفتگی روانشناختی و زناشویی همسران رابطه مثبت دارد و این امر فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها حاکی از آن است که خانواده‌های مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به ویژه همسران آنها، از مشکلات روانی فراوانی رنج می‌برند (دژکام و امین الرعیا، ۱۳۸۲). کرحتی هیجانی و خشم در خانواده‌های جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه بر روابط خانوادگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (رای و وانستون^۴، ۲۰۰۹). آن‌ها در دراز مدت دچار علائمی مشابه اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند که به آن ضربه‌ی ثانویه^۵ می‌گویند. از

-
1. McHugh, Hopwood, & Watt
 2. Nelson, Crow, Reisbig, & Hamilton
 3. Smith,
 4. Ray & Vanstone
 5. Parand

سوی دیگر، رضایت زناشویی در این همسران که قربانیان فراموش شده جنگ نام گرفته‌اند، در مقایسه با گروه عادی، کاهش قابل ملاحظه‌ای دارد (کترهال^۱، ۲۰۰۴؛ لینک^۲، ۲۰۰۵).

یکی از مسائل بسیار مهم در ارتقاء کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مزمن توجه به کل خانواده، به جای توجه به فرد است. وجود بیماری مزمن و جدی 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 (تراسک، پاترسون، گریفت، ریب و شوارتز^۳، ۲۰۰۳). نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی به طور معنی داری آشفته‌گی ناشی از زندگی با بیمار را دارند (مارتنز و آدینگتون^۴، ۲۰۰۱).

فرزندان جانبازان اعصاب و روان از اولین مراحل رشد روانی، به طور مکرر و مستمر در معرض فشارها و ضربات روانی هستند. همچنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گردد (دیویدسون و ملور^۵، ۲۰۰۱). جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با سایر جانبازان در طول زمان ادراک ضعیف‌تری از حمایت اجتماعی و خانوادگی دارند (کینگ^۶ تافت، کینگ، هاموند و استون^۷، ۲۰۰۶). به اعتقاد کترهال (۲۰۰۴) اعضای خانواده، وقتی خود از سوی منابع دیگری حمایت شوند، توانایی بیشتری برای کمک به فرد حادثه دیده خواهند داشت. نجفی، محمدی فر، دبیری، عرفانی و کمری (۱۳۹۰) در پژوهشی بدین نتیجه دست یافتند که جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با سایر

-
1. Catherall
 2. Linkh
 3. Trask , Paterson, Griffith, Riba & Schwartz
 4. Martens & Addington
 5. Davidson & Mellor
 6. King
 7. Hammond, C. Stone

جانبازان در زیرمقیاس‌های عملکرد جسمانی، دردبدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان نمرات پایین‌تری را گزارش نمودند. بین همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه و همسران سایر جانبازان در تمام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری یافت شد.

با توجه به آن چه ذکر شد، و اینکه در جامعه ما مادر در خانواده نقش مهم و موثری در تربیت فرزندان دارد و همچنین با توجه به جایگاه ویژه خانواده‌های جانباز و فقدان تحقیق در این مورد، پژوهش حاضر به بررسی نقش مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان آنها پرداخته است. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان و سلامت عمومی فرزندان آنها رابطه وجود دارد؟ و اینکه کدام یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان سهم بیشتری دارد؟

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه پژوهش حاضر متشکل از کلیه خانواده‌های جانبازان استان همدان می‌باشد. با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ خانواده جانباز (همسر جانباز و فرزند او) انتخاب شد. بدین صورت که ابتدا از بین شهرهای استان همدان شهرهای همدان، ملایر و نهاوند به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس با هماهنگی‌های انجام شده با معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید هر شهر لیست جانبازان تهیه شد و به طور تصادفی تعدادی از آنها انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها روی همسر و یکی از فرزندان آنها اجرا شد. پس از بررسی اولیه، پرسشنامه‌های ناقص کنار گذاشته شد و نهایتاً ۲۹۸ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی به عنوان یکی از پرکاربردترین ابزارها در جهان دارای ۳۶ سوال است و خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی و روانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و ایفای نقش هیجانی را می‌سنجد. پاسخدهی به پرسشنامه به صورت بلی و خیر و همچنین در بعضی زیر مقیاس‌ها به صورت طیف لیکرت (همیشه، بیشتر اوقات، برخی اوقات، خیلی کم و هیچگاه) است. نمره بالاتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها بیانگر وضعیت مطلوب‌تر فرد در مقیاس مورد نظر است. امتیازها از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را نشان می‌دهد (منتظری، گشتاسبی، واحدنیا و گاندک، ۲۰۰۵). نتایج تحقیق منتظری و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که به جز مقیاس نشاط سایر مقیاس‌های گونه فارسی این پرسشنامه از حداقل ضرایب پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. منتظری و همکاران (۲۰۰۵) در مجموع پایایی و روایی گونه فارسی این پرسشنامه را مناسب و مطلوب گزارش کرده‌اند. اعتبار این آزمون در پژوهش اصغری مقدم و فقیهی (۱۳۸۲) تحت عنوان زمینه‌یابی سلامت از طریق اجرای آن در دو گروه سالم (۴۸ نفر) و بیمار (۸۱ نفر) و همچنین با به کارگیری یک ملاک خارجی (نظر متخصص) مورد بررسی قرار گرفته و در حد قابل قبول گزارش شده است. یافته‌های اصغری مقدم و فقیهی (۲۰۰۳) نشان داد که این آزمون دارای اعتبار قابل قبولی است و می‌تواند دو گروه سالم و بیمار را از یکدیگر تفکیک کند. اشاقی، رضانی، شاه سنایی و پویا (۲۰۰۶) روایی این پرسش‌نامه را با روش ثبات درونی بالای ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی است و توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) تدوین شده است. پرسشنامه سلامت عمومی شامل ۲۸ سوال و چهار خرده مقیاس است. مقیاس‌های تشکیل دهنده آن عبارتند از:

علائم جسمانی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی. پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی در پژوهش پالاهنگ (۱۳۷۵، به نقل از دانش‌نیا، ۱۳۸۳) ۰/۹۱ گزارش شده است. تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را به سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است.

پرسشنامه جمعیت شناختی: از این پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. این پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی همسران و فرزندان را مورد ارزیابی قرار داده است.

یافته‌ها

به منظور بررسی رابطه مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانباز و سلامت عمومی فرزندان آنها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۱ ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با سلامت عمومی فرزندان (نمره کل) ارائه شده است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانباز و سلامت عمومی (نمره

کل) فرزندان آنها

متغیرها	عملکرد	نقش	درد	سلامت	سرزندگی	عملکرد	نقش	سلامت
	جسمانی	جسمی	عمومی	اجتماعی	هیجانی	روان		
سلامت عمومی (نمره کل)	۰/۲۰*	۰/۳۰*	۰/۳۰*	۰/۱۷*	۰/۳۲*	۰/۳۴*	۰/۳۵*	۰/۳۱*

* $P < 0.001$

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود بین تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان و سلامت عمومی فرزندان آنها ارتباط منفی معناداری وجود دارد. لازم به ذکر است با توجه به نحوه نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی که نمرات بالا بیانگر نشانگان مرضی

بیشتر است این ارتباط منفی به دست آمده است بدین معنی که با افزایش نمره در مؤلفه‌های کیفیت زندگی، نمره نشانگان مرضی کمتر و سلامت عمومی بیشتر می‌شود و بالعکس. به منظور تعیین نقش مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان آنها از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. نتایج رگرسیون گام به گام سلامت عمومی فرزندان از روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی

همسران						
گام	متغیرها	B	β	R	R^2	خطای استاندارد برآورد
اول	نقش هیجانی	*-۳/۳۸۰	-۰/۳۶۶	*۰/۳۶۶	۰/۱۳۴	۱۱/۵۱۴
دوم	نقش هیجانی	*-۲/۷۶۵	-۰/۳۰۰	*۰/۳۹۱	۰/۱۵۳	۱۱/۴۱۴
	سرزندگی	*-۰/۴۵۰	-۰/۱۵۳			
سوم	نقش هیجانی	*-۰۳/۰۱۹	-۰/۳۲۷	*۰/۴۱۹	۰/۱۷۵	۱۱/۲۹۰
	سرزندگی	*-۰/۹۱۴	-/۳۱۰			
	سلامت عمومی	*-۰/۵۴۵	-۰/۲۲۷			
چهارم	نقش هیجانی	*-۰/۳۸۰	-۰/۲۵۸	*۰/۴۴۲	۰/۱۹۶	۱۱/۱۷۷
	سرزندگی	*-۰/۸۲۲	-۰/۲۷۹			
	سلامت عمومی	*-۰/۷۳۶	-۰/۳۰۷			
	عملکرد اجتماعی	-۱/۰۴۰	-۰/۲۰۶			

$P < ۰/۰۰۱$ *

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود در گام اول متغیر نقش هیجانی وارد معادله رگرسیون شده است. این متغیر به تنهایی ۱۳ درصد از واریانس سلامت عمومی فرزندان را تبیین می‌کند ($R=۰/۳۶$). در گام دوم متغیر سرزندگی نیز وارد معادله شده است. با ورود این متغیر ضریب تعیین ۲ درصد افزایش یافته است و این دو متغیر در مجموع ۱۵ درصد از واریانس سلامت عمومی فرزندان را تبیین می‌کنند. در گام سوم متغیر سلامت عمومی همسران جانباز نیز وارد معادله شده است. در گام چهارم نیز متغیر عملکرد اجتماعی همسران جانباز وارد معادله

رگرسیون شده است. در مجموع متغیرهای نقش هیجانی، سرزندگی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی به ترتیب نقش مهم و معناداری در تبیین سلامت عمومی فرزندان داشته‌اند. این متغیرها روی هم رفته ۱۹ درصد از واریانس سلامت عمومی فرزندان را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین سهم مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان آنها بود. به عبارتی در ابتدا این سوال مطرح شد که آیا بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان و سلامت عمومی فرزندان آنها رابطه وجود دارد؟ نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانباز و سلامت عمومی فرزندان آنها رابطه منفی معناداری وجود دارد. به عبارتی با توجه به نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی هر چه کیفیت زندگی بالاتر باشد سلامت عمومی نیز بیشتر و نشانگان مرضی کمتر است و بالعکس. همچنین سوال دوم پژوهش این بود که کدام یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان سهم بیشتری دارد؟ در پاسخ به این سوال نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی مؤلفه‌های نقش هیجانی، سرزندگی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی همسران جانباز نقش مهم و معناداری در تبیین سلامت عمومی فرزندان دارند. اگر چه پژوهشی دقیقاً مشابه پژوهش حاضر انجام نشده است که یافته‌ها یا هم مقایسه شود. اما پژوهش‌های انجام شده حاکی از اثرات آشفتگی هیجانی و روانشناختی در همسران جانبازان و خانواده‌های آنها است که به نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو است (رنشاو و همکاران، ۲۰۱۰؛ رای و وانستون، ۲۰۰۹؛ گالوسکی و لیون، ۲۰۰۳). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که جانبازان دارای مشکلات متعدد جسم و روانشناختی هستند و این مشکلات بر وضعیت روانشناختی همسران آنها تأثیر می‌گذارد. بدین صورت که همسران نه تنها نقش مادر را ایفا می‌کنند، بلکه علاوه بر نقش‌های اصلی خود در خانواده وظیفه مراقبت از فرد جانباز را نیز عهده‌دار خواهند بود. لذا تربیت و رسیدگی به فرزندان

تحت تاثیر قرار می‌گیرد و به صورت معمولی تداوم نمی‌یابد. زیرا روابط زناشویی و متعاقبا روابط خانوادگی مختل شده و از این طریق سلامت عمومی فرزندان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. پژوهش نشان می‌دهد که وجود بیماری و نقص در یکی از همسران به نحوی که یکی موظف به مراقبت از بیمار باشد بر روابط خانوادگی و محیط خانواده اثر می‌گذارد و اعضا یا زمان عاطفی روانی کمتری با یکدیگر دارند و یا اصلا چنین زمانی را ندارند (ریگز، بیرن، واترز و لیتز^۱، ۱۹۹۸). بنابراین انسجام خانواده از هم می‌پاشد و منجر به بروز مشکلات ارتباطی بین سایر اعضا می‌شود (رنشاو و همکاران، ۲۰۱۱). بروکس^۲ (۱۹۹۷) معتقد است که در خانواده‌های با گفت و شنود بالا، فرزندان احساس می‌کنند که والدینشان آنها را درک می‌کنند و برایشان اهمیت قائلند. در نتیجه، عزت نفس آنها رشد می‌کند. لاریا، استورات، فری، لیدارد و بالنگر^۳ (۱۹۹۴) معتقدند که زنان مضطرب، محیط زندگی خود را به صورت منفی تر از گروه کنترل ادراک می‌کنند. وقتی نقش پدر در خانواده حذف و یا کم‌رنگ می‌شود تاثیرات زیادی بر عملکرد خانواده و به خصوص فرزندان بر جای می‌گذارد و فرزندی که در خانواده‌هایی به سر می‌برند که نقش پدر کم‌رنگ است ممکن است احساس ناامنی، اضطراب و تشویش کنند. با توجه به ابعاد روانشناختی جانبازی و اثرات آن بر خانواده و وجود اختلال اضطرابی در خانواده باعث افزایش احتمال ابتلای سایر اعضای خانواده به اختلالات خلقی می‌شود (هیوگ، فور، سود، بarmish و کندال^۴، ۲۰۰۹). پدرانی که در خانواده حضور دارند اما به دلایل مختلفی از جمله جانبازی یا معلولیت نمی‌توانند به خوبی نقش خود را ایفا کنند. اثرات نامطلوبی بر روی خانواده آنها گذاشته که این امر پیامدهای منفی دیگری را به دنبال دارد (رضایان و محمدی، ۲۰۰۰). نتایج رادفر و همکاران نیز نشان داد که سلامت عمومی فرزندان جانبازان از وضعیت خوبی برخوردار نیست. نتایج مجاهد و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که سطح سلامت همسران جانبازان پایین بوده و بر

-
1. Riggs, Byrne, Weathers, & litz
 2. Brooks
 3. Laria, Stuart, Frye, Lydiard, & Ballenger
 4. Hughes, Furr,., Sood, Barmish, & Kendall

حسب نوع آسیب جسمی یا روانی شوهر متفاوت است. کودکانی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در معرض صحنه‌های جنگی باشند عوامل فشارزای متعددی را تجربه می‌کنند که شایع‌ترین آنها ترس، کابوس، کرحتی، تحریک پذیری، عدم تمرکز و احساس گناه است. نتایج پرنده و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که کیفیت زندگی همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه در سطح پایینی قرار دارد و مداخله آموزشی و درمانی، کیفیت زندگی همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه را می‌تواند افزایش دهد. همچنین نتایج حاصل از یک مطالعه کیفی بر روی همسران بیماران روانی نشان داد که مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی روزمره، به طور عمیق کیفیت زندگی و رضایت همسر از زندگی با شریک خود را کاهش می‌دهد (جانگ بوئر، ویتماند، دیتریچ و آنگرمایرزا، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و با برگشت رزمندگان به خانواده، به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر وضعیت روانی فرد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر روی خانواده، به خصوص همسر هم چنان ادامه می‌یابد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی به طور معنی‌داری پریشانی‌های ناشی از زندگی با بیمار را دارند. همچنین تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده منجر به احساس فشار یا سختی مراقبان شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گردد. تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت از همسر بیماران به عنوان مهمترین عامل همراه با ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است (شیجیا و مانیگانندان^۲، ۲۰۰۵). بنابراین با حمایت‌های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می‌توان میزان پذیرش بیماران در خانواده را افزایش، عود بیماری را کاهش و روابط خانوادگی را مستحکم‌تر و رفاه و بهبود زندگی اعضای خانواده را تأمین نمود. پژوهش حاضر محدود به استان همدان بوده و در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر استان‌ها و سایر گروه‌های دیگر نیز انجام شود تا امکان مقایسه نتایج فراهم شود.

1. Jungbauer, Wittmund, Dietrich, & Angermeyer
2. Sheija, & Manigandan

منابع فارسی

- اصغری مقدم، محمد علی و فقیهی سمانه. (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه یابی سلامت در دو نمونه ایرانی. *دانشور*، ۱۰(۱)، ۱۱-۱
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، ۲۰، ۳۸۱-۳۹۸
- دانش نیا، الهام. (۱۳۸۶). *بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- دژکام، محمود و امین الرعايا، آزیتا. (۱۳۸۲). مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین. مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانباز و خانواده. به گردآوری رضا امینی. پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، چاپ اول.
- مجاهد، عزیزاله؛ کلاتتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ بخشانی، نورمحمد و شکیب، منصور. (۱۳۸۸). مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان براساس نوع جانبازی شوهران. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۲(۴)، ۴۲-۳۸
- نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمدعلی؛ دبیری، سولماز؛ عرفانی نصر ا. و کمری، علی عباس. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی خانواده جانبازان با و بدون اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*، ۳(۳): ۲۷-۳۵.

منابع لاتین

- Bowling, A. 1996. The effects of illness on quality of life. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 149-55.
- Bowling, A. and Windsor, J. (2001). Towards the good life. A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2:55-81. 94
- Brooks, J. B. (1997). *Parenting*. Second edition. Mountain View. Mayfield.
- Catherall DR. (2004). *Handbook of stress, Trauma, and the Family*. . New York: Brunner- Routledge.

- Davidson, A.C., & Mellor, D. J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma? Australian and New Zealand, *Journal of Psychiatry*, 35, 345–351.
- Dejkam, M., Aminolraaia, A. (2003). *The comparison of neuro psycho veteran wives' mental health who referred to Sadr hospital with neuro psycho veteran wives' mental health who referred to Emam Hosein hospital*. The first scientific conference of veteran and family,; 114.
- Eshaghi, S.R, Ramezani, M.A., Shahsanaee, A., & Pooya, A. (2006). Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population American. *Journal of Applied Sciences*, 3, 1763-1766
- Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M., & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 765–772.
- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 477–501.
- Hughes, A. A., Furr, J. M., Sood, E.D., Barmish, A.J., Kendall, P.C. (2009). Anxiety, Mood, and Substance Use Disorders in Parents of Children with Anxiety Disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 40(3):405-19
- Jungbauer, Y, Wittmund, B., Dietrich, S., Angermeyer, M. C. (2004).The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr ball*, 30(3): 665-75.
- Jalowies, A (1990). Issue in using multiple measures of Quality of life. *Seminars in oncologw Nursing*. 6 (4) 271-277.
- Katschnig, H. (2006). *How useful is the concept of quality of life in psychiatry?* In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 3–17). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- King, D.W., Taft, C., King, L.A., Hammond, C. Stone, E, R. (2006). Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(12):2980–2992.
- Laria, M.T., Stuart, G.W., Frye, L.H., Lydiard, R.B. & Ballenger, J. (1994). Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1, 1-17.
- Linkh, D. J. (2005). *Fire from a cloudless sky: a qualitative study of loss, trauma and resilience in the families of surviving New York City firefighters in the wake of the terrorist attacks of September 11th*. New York, NY : Columbia University,.
- Martens, L., Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36:128–133.
- Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Journal of the American Medical Association*, 298, 2141–2148.

- Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: from description to theory-driven research and intervention development. *Clinical Psychology Review*, 29, 707–714.
- Montazeri, A, Goshtasbi, A, Vahdaninia, M., Gandek, B. (2005). The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 14: 875-82
- Nelson, B. S., & Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: the Couple Adaptation to Traumatic Stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 145–157.
- Nelson, B. S., Crow, J. R., Reisbig, A. M. J., & Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21, 344–353.
- Oliver, A. (1997). *Quality of life and mental Health services, First Edition*. New York.
- Parand, A, Sirati N, Khaganizade M, Karimi M, & Zarchi AA. (2007). the comparison of effectiveness of conflict solving and relaxation method on veteran wives' quality of life with PTSD and major depression. *Quarterly of Mental Hygiene*, 8(33): 68-78.
- Ray, S. L. & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, (46), 838-847.
- Renshaw, K.D. Rodrigues CS. & Jones DM. (2009). 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*,; 22, 586–594.
- Renshaw, K. D., Blais, R. K., & Caska, C. M. (2011). *Distress in spouses of combat veterans: The importance of spouses' perceptions of veterans' experiences*. In S. MacDermid Wadsworth & D. Riggs (Eds.), *Military families under stress*. Springer: New York.
- Rezaeian, H. Mohammadi, M. R. (2000). *The Study on the Rate of Behavioral Disorders in Children of Iran-Iraq War Martyrs and Psychosomatic Wounded*. The Third Symposium Articles of Studying the War Neuropsychiatric Side Effects. Tehran: Golban Pub; p. 15-27.
- Riggs, D. S, Byrne, C. A., Weathers, F.W, litz, B. T . (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder . *Journal of traumatic stress*. 11:87-101.
- Sayers, S.L., Farrow, V.A., Ross, J., & Oslin, D.W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 163–170.
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cumins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D. & Paramenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts . *Mental Retardation*, 40, 6, 457-470.
- Sheija A., Manigandan, C. (2005). Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(4):379–383.

- Taft, C., Schumm, J., Panuzio, J and Susan P. (2008). An Examination of Family Adjustment among Operation Desert Storm Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (4): 648-656
- Testa, M. A., Simonson, D. C., (1996). *Assessment of quality of life outcomes*. New England journal of Medicine, 334 (13): 835-840.
- Thoreson, S., & Mehlum, L. (2006). Suicide in peacekeepers: risk factors for suicide versus accidental death. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 432-442.
- Trask, P.C., Paterson, A.G., Griffith, K.A., Riba, M.B., Schwartz, J. L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4):854-64.
- Vasterling, J.J., Schumm, J., Proctor, S.P, Gentry, E., King, D.W., & King, L. A. (2008). 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*, 45, 347-358.