

شیوه‌های مقابله‌ای با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی

و نشانه‌های تنیدگی مزمن

Coping ways to post-traumatic stress disorder and chronic stress symptoms

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۷

تاریخ دریافت: ۸۷/۵/۲۷

Agha Yousefi A. R. [✉] PhD

علیرضا آقا یوسفی [✉]

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the relationship between Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), coping ways and chronic stress psycho-physiological symptoms.

Method: 452 disabled veterans with severity of disability from 25 to 70% (according to martyr foundation and Isargaran affairs organization standards that have been recorded in disabled veterans' files) were selected by systematic categorical randomized sampling method (based on severity of disability) from the society of Qom city veterans. The studies instruments were *Scheier & Carver* brief cope questionnaire, post traumatic symptoms scale (PTSS-10) and chronic stress symptoms checklist (CSSC).

Results: PTSD, dysfunctional and emotion oriented coping ways and residence in area 1 of Qom city related to and could predict the chronic stress symptoms.

Conclusion: Coping-therapy and simultaneous medication can help disabled veterans to have psychological and physical health.

Keywords: Disabled Veteran, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Coping, Stress Symptoms

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی رابطه اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و شیوه‌های مقابله‌ای با نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی تنیدگی مزمن انجام شد.

روش: ۴۵۲ جانباز با شدت آسیب ۲۵ تا ۷۰٪ (مطابق استاندارد سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران که در پرونده افراد ثبت شده بود) به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار (براساس شدت آسیب) از میان جامعه جانبازان شهر قم انتخاب شدند. ابزار مطالعه پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله‌ای *شیر و کارور* (شکل کوتاه)، مقیاس نشانه‌های پس‌آسیبی و چک‌لیست نشانه‌های تنیدگی مزمن بودند.

یافته‌ها: اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، شیوه‌های نارسا و هیجان‌مدار مقابله و سکونت در منطقه ۱ شهر قم، با نشانه‌های تنیدگی مزمن رابطه داشتند و آن را پیش‌بینی کردند.

نتیجه‌گیری: مقابله‌درمانگری و درمان دارویی همزمان می‌توانند به جانبازان برای دستیابی به سلامت روانی و جسمانی کمک کنند.

کلیدواژه‌ها: جانباز، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، مقابله، نشانه‌های تنیدگی

مقدمه

جنگ، علاوه بر جنبه‌های مثبت از نظر آمادگی ملت‌ها برای تقویت بنیه دفاعی و حفظ تمدن و فرهنگ اجتماعی، جنبه‌های منفی فراوانی نیز دارد. بسیاری از سربازانی که به جبهه‌های جنگ اعزام می‌شوند با آسیب‌های روان‌شناختی و جسمانی بازمی‌گردند. هر چند آسیب‌های جسمانی برای بسیاری از مردم شناخته شده است، ولی برخی از آسیب‌های جسمانی (مانند آسیب‌های ریوی ناشی از به‌کارگیری تسلیحات کشتار جمعی شیمیایی) و روان‌شناختی چندان شناخته‌شده نیستند. پیامدهای جنگ، از اواسط قرن نوزدهم و در جریان جنگ‌های داخلی آمریکا (۶۵-۱۸۶۱) و همچنین بعد از اولین (۱۸-۱۹۱۴) و دومین (۴۵-۱۹۳۹) جنگ جهانی، به دلیل گستردگی ضایعات، به‌طور جدی‌تری مورد مطالعه قرار گرفت.

مشکلات تخریب‌های ناشی از جنگ، کمبود درآمد و به‌دنبال آن محدودیت امکانات، بحران‌هایی برای کشورهای جنگ‌زده محسوب می‌شوند. پس از نخستین جنگ جهانی، بیشتر معلولین ناامید، از کار افتاده و مطرود بودند و ادامه زندگی برای آنان به معنای اقامت در آسایشگاه‌های ویژه‌ای بود که به کمک مردم یا دولت متبوع‌شان اداره می‌شد. در ابتدا، راهبرد اصلی حکومت‌ها، زنده نگاه‌داشتن و رسیدگی به نیازهای نخستین آنها بود. به تدریج، این راهبرد تغییر کرد و پیشرفت فناوری توانست ناتوانی بسیاری از آنها را حل یا شدت آن را تا حد زیادی کاهش دهد. گام بعدی، وارد کردن معلولان و حتی افراد عقب‌مانده ذهنی و کودکان استثنایی به درون جامعه بود. به این ترتیب، راهبرد رویارویی با معلولیت تغییر یافت و حرکت به سوی جایگزین کردن توانمندی‌های دیگر و افزایش استقلال معلولان، جای خود را به طرد اجتماعی داد.

با این حال، بازگشت سربازان دچار آسیب‌های جنگی، مشکلی مضاعف برای فرد و جامعه محسوب می‌شود. در مطالعه‌ای روی ۵۲ مصدوم ناشی از جنگ بستری شده در دو بیمارستان شهر تهران، ۳۵/۶٪ ایشان از وضعیت جسمانی و ۴۴/۲٪ نیز از اختلال تنیدگی پس‌آسیبی شکایت داشتند. افسردگی آمیخته با اضطراب در ۱۳/۵٪، افسردگی واکنشی در ۱۱/۵٪ و اختلالات عاطفی نیز در ۹/۶٪ آنها مشاهده شد. در مقایسه‌ای بین پیامدها و آسیب‌های ناشی از جنگ‌های گوناگون (جنگ‌های داخلی آمریکا، جنگ‌های جهانی اول و دوم، جنگ ویتنام و جنگ خلیج فارس و جنگ عراق علیه ایران)، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی در جانبازان ایرانی بیش از آسیب‌های جسمانی مشاهده شد (آسیب‌های شیمیایی به دلیل فناوری جدید آن قابل مقایسه نیستند) [۱].

اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و افسردگی در جانبازان بیش از مردم عادی مشاهده شده است [۲]. شیوع افسردگی در جانبازان ۷۱٪ و شیوع همین اختلال در

افراد عادی ۳۶٪ گزارش شده است [۳]. سربازان خط مقدم بیش از دیگران دچار آسیب می‌شوند [۴، ۵]. آلدوین اثرات منفی جانبازی را بیش از دیگران می‌داند و معتقد است که کهنه‌سربازان، تنیدگی‌های شدیدتری را تجربه می‌کنند که با تنیدگی‌های عادی متفاوت است و پیامدهای منفی و نشانه‌های بیشتری ایجاد می‌کند.

مهم‌ترین عامل در بهزیستی خانواده، ابتلای یکی از اعضای خانواده به اختلال تنیدگی پس‌آسیبی است [۷]. هرچه شدت ابتلا به اختلال تنیدگی پس‌آسیبی بیشتر باشد، وابستگی به مواد هم بیشتر است [۸]. از ۶۹۷ هزار سرباز ایالات متحده که در جنگ خلیج فارس شرکت داشتند، حدود ۲۶۳ هزار نفر همچنان خدمات درمانی دریافت می‌کنند [۵] که حاکی از شیوع اختلال تنیدگی پس‌آسیبی در سربازان بازگشته از جنگ است. مرگ‌ومیر بالا و مرگ زودرس [۹]، رفتار مختص به بیماری، به‌هم‌ریختگی نظم ترشحات درون‌ریز و دستگاه ایمنی و نیز آسیب‌پذیری‌های توارثی با این اختلال همبستگی دارند. پس از ۶ سال از دوره درمانی سربازان معلول ایالات متحده بازگشته از جنگ افغانستان و عراق که داوطلب درمان بودند، اگرچه شاخص مرگ‌ومیر بین آنها بالا بود (۱۷٪)، ولی در بین نجات‌یافتگان، خشونت و استفاده از مواد، کاهش چشمگیری داشت. با این حال، در این گروه برانگیختگی و گوشه‌گیری اجتماعی همچنان افزایش داشت [۱۰].

اختلال تنیدگی پس‌آسیبی به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود [۱۱]. این اختلال مشکلات بهداشتی بزرگی در جهان به وجود آورده است [۱۲]. مطالعات همه‌گیرشناسی اخیر در استرالیا و ایالات متحده در رابطه با شیوع اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و همانندی‌اش با سایر اختلالات روان‌شناختی در جمعیت کلی نشان می‌دهد که به‌میزان ۱/۳ تا ۷/۸٪ در حال افزایش است [۱۳]. موزر و همکاران، مدلی برای تبیین اثر اختلال تنیدگی پس‌آسیبی بر بهداشت روانی و همانندی آن با سایر اختلالات روان‌شناختی ارائه می‌دهند. بر پایه این مدل، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی از دو راه مستقیم که ناشی از سه خوشه نشانه‌شناسی آن است (تجربه مجدد، اجتناب و فزون‌برانگیختگی) و غیرمستقیم که ناشی از خطوط شکسته ارتباطی علائم بیماری است چنین نقشی را ایفا می‌کند [۱۵].

اضطراب مرگ با نوع فاجعه تجربه‌شده و عامل "روان‌آزردگی‌گرایی" شخصیت، همبسته است. عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای تأثیر گذاشته و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و مشکلات عمومی‌تن‌درستی را ایجاد کرده یا نگه می‌دارند (الگوی میانجی) [۱۶]. مطالعه آقايوسفی، رابطه میانجی‌گرانه عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای را نشان می‌دهد [۱۷] درحالی‌که مدل "فزونی" نشان می‌دهد که شخصیت و مقابله، به‌طور جداگانه بر اختلال تنیدگی پس‌آسیبی تأثیر می‌گذارند.

محل سکونت و سایر متغیرها، وابسته بودند. سن و تحصیلات نیز متغیرهای تعدیل‌کننده محسوب شدند.

پس از انتخاب تصادفی گروه نمونه (براساس شدت آسیب‌دیدگی)، پرسشگران آموزش‌دیده، پس از تماس تلفنی با شرکت‌کننده و تعیین فرصت مناسب برای مصاحبه و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه و آزمون‌ها، به منزل مربوطه مراجعه کرده و ضمن تحویل برگ دعوت‌نامه مجری پژوهش، مواد آزمون را ارایه دادند. در صورتی که شرکت‌کنندگان بی‌سواد یا کم‌سواد بودند، پرسش‌گران خود مواد آزمون‌ها را با گفت‌وگویی خنثی برای آنان خواندند و پاسخ‌های آنان را یادداشت کردند و گردآوری داده‌ها با مصاحبه کامل شد. فوت‌شدگان و مهاجرین به شهر دیگر، از گروه نمونه حذف شده و آنان که در قم جابه‌جا شده بودند به آدرس جدیدشان مراجعه شد.

الف) پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله‌ای (شکل کوتاه): ۲۸ ماده دارد و پاسخ فرد به موقعیت‌های تنیدگی‌زا را مورد پرسش قرار می‌دهد. کارور و همکاران، اعتبار و روایی آن را مناسب گزارش می‌کنند [۱۹]. این پرسش‌نامه ۱۴ مقیاس خودگنج‌گردانی (SD)، مقابله فعال (AC)، انکار (D)، استفاده مرضی از مواد (SU)، کاربرد هیجانی حمایت (UES)، کاربرد ابزاری حمایت (UIS)، انزوای رفتاری (BD)، برون‌ریزی (V)، چارچوب مثبت دادن (PR)، برنامه‌ریزی (P)، شوخ‌طبعی (H)، پذیرش (A)، مذهب (R) و خودسرزنش‌گری (SB) دارد. برخی از این مقیاس‌ها سازش‌یافته و برخی دیگر روش‌های مقابله‌ای دشوار و کمتر سازش‌یافته محسوب می‌شوند [۲۰]. هر یک از این مقیاس‌ها، دارای ۲ ماده و هر ماده شامل ۴ گزینه است. این مقیاس از آزمودنی‌ها می‌خواهد که پاسخی را که معمولاً به عوامل تنیدگی‌زا می‌دهند بیان کنند. فولکمن - لزاروس [۲۱] و کارور و همکاران [۱۹]، این نوع اجرا را مجاز می‌دانند. آلویین، این مقیاس را ابزاری با دستورالعمل منعطف می‌داند که کاربرد آن را بیشتر می‌کند [۶]. اعتبار این مقیاس از ۰/۵۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. پایه این آزمون بخشی از نظریه لزاروس - فولکمن [۲۲] و بخشی دیگر مربوط به مدل خودتنظیمی رفتاری کارور و شیرر [۲۳، ۲۴] است. برای محاسبه روایی همزمان، ضریب همبستگی مقیاس‌های آن با متغیرهای دیگر، همچون آزمون سرنده‌گری، استفاده مرضی از دارو و مواد و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی محاسبه شد که همگی معنی‌دار و دامنه‌ای از ۰/۲۰ تا ۰/۵۵ داشتند. اعتبار آن نیز به روش محاسبه ضریب α کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

ب) فهرست نشانه‌های تنیدگی مزمن: شامل ۴۵ نشانه جسمانی و روان‌شناختی تنیدگی، همراه با امکان افزودن دو نشانه دیگر است که پاسخ‌دهنده می‌تواند یکی از گزینه‌های هرگز، گاهی، معمولاً، اغلب و همیشه را برگزیند. این مقیاس همبستگی مثبت

الگوی "تعاملی"، از رابطه تعاملی شخصیت و مقابله در شکل‌گیری این اختلال حمایت می‌کند [۱۶].

روش

جامعه پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه جانبازان ساکن قم که در سال ۱۳۸۶، در اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم دارای پرونده بودند. نخست فهرست مشخصات کلیه جانبازان دریافت شد، سپس با استفاده از روش نمونه برداری تصادفی طبقه‌ای نظام‌دار از هر یک از زیر گروه‌های جامعه (جانبازان ۲۵ تا ۷۰٪)، به کمک رایانه و بر اساس حروف الفبا از هر طبقه به صورت نظام‌دار به تعداد مشخص آدرس انتخاب شد. در مجموع ۳۲۴۵ آدرس به دست آمد، از بین آنها آدرس‌های خارج از قم و اسامی فاقد آدرس و شماره تلفن حذف شدند که ۳۱۴۳ آدرس برای نمونه‌گیری باقی ماند. سپس مطابق تقسیم‌بندی شهرداری و آموزش و پرورش، محل سکونت در شهر قم را به چهار منطقه تقسیم نمودیم تا در مرحله پردازش داده‌ها بتوانیم محل زندگی را نیز به عنوان یک متغیر محاسبه کنیم.

برای محاسبه حجم نمونه از ویراست دوم نرم‌افزار GPower که به منظور محاسبه نمونه و میزان اثر طراحی شده، استفاده شد. این نرم‌افزار، برای اندازه اثر متوسط ($d=0/25$)، α برابر ۰/۰۵ و توان ۰/۹۵، نمونه‌ای با تعداد ۲۲۰ نفر، برای تحلیل واریانس با ۱۰ سطح و برای اندازه اثر متوسط ($d=0/15$) و خطای ۰/۰۵، تعداد دست کم ۲۴۲ نفر را برای تحلیل رگرسیون با ۲۵ متغیر پیش‌بین پیشنهاد کرد. به منظور پیشگیری از افت آزمودنی‌ها از دو شیوه سود جستیم: الف) افزایش تعداد اعضای نمونه از سطح حداقلی محاسبه شده، به سطح مطمئن‌تر (از بین ۴۶۰ آزمودنی، ۴۵۲ نفر پاسخ دادند). ب) تماس مجدد با آزمودنی‌هایی که در تماس اول از شرکت در پژوهش خودداری کرده بودند. در پژوهش موزر و همکاران تنها ۲۹ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده بودند و ۳۴٪ افت پاسخ داشته‌اند [۱۵]. با این حال، سربازی معتقد است تماس مجدد و تشویق می‌تواند افت پاسخ‌دهندگان را به شدت کم کند [۱۸]. به همین دلیل، در این پژوهش نمونه‌ها را با تماس تلفنی، مجدداً به شرکت در پژوهش تشویق کردیم. ضمناً از بین ۴۵۲ شرکت‌کننده در پژوهش، ۳ نفر مجرد بودند.

با توجه به این‌که، پژوهش حاضر به دنبال برآورد رابطه میان متغیرهای از پیش موجود بود و گروه نمونه، پیش از اجرای پژوهش جانباز شده بودند و پژوهشگر توانایی هیچ نوع دست‌کاری از این نظر نداشته، این مطالعه از نوع "همبستگی" است. از سوی دیگر، به دلیل برخی فرضیات که به مقایسه جانبازان از نظر محل سکونت در شهر قم پرداختند، طرحی "آزمایشی‌نما" در جریان پژوهش وجود داشت که متغیر مستقل آن

نشانه‌های تنیدگی مزمن با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، همبستگی مثبت بالایی داشت. یعنی، هر چه جانباز از نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌آسیبی شکایت بیشتری داشت، از نشانه‌های تنیدگی مزمن (اعم از جسمانی و روان‌شناختی) بیشتری نیز شکایت داشت. برنامه‌ریزی برای مقابله با تنیدگی و استفاده از روش‌های حل مسأله با نشانه‌های تنیدگی مزمن همبستگی منفی دارد. خودگیج‌گردانی، انکار، پناه بردن به دارو و مواد، استفاده از حمایت هیجانی دیگران، انزوای رفتاری، برون‌ریزی و خودسرزنش‌گری همبستگی مثبت معنی‌داری با نشانه‌های تنیدگی مزمن دارند. در میان این روش‌های مقابله‌ای، پناه بردن به دارو و مواد همبستگی بیشتری دارد. مقابله فعال، استفاده از کمک‌ابزاری و شناختی دیگران، چارچوب مثبت دادن، شوخ‌طبعی، پذیرش و یاری جستن از باورهای مذهبی در مقابله با تنیدگی که عموماً شیوه‌های مسأله‌مدار برای مقابله محسوب می‌شوند رابطه‌ای با نشانه‌های تنیدگی مزمن نداشته و برنامه‌ریزی نیز همبستگی منفی دارد.

با این حال، وجود این رابطه ساده، کافی به نظر نمی‌رسد. بنابراین، به کمک تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (روش گام‌به‌گام) شیوه‌های مقابله‌ای، نمرات اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و منطقه سکونت به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله شده و نمره کل نشانه‌های تنیدگی مزمن، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. از آن جا که منطقه سکونت در شهر قم یک متغیر چهار ارزشی اسمی است و در تحلیل رگرسیون در چنین شرایطی بایستی متغیرها به صورت دو ارزشی باشند. بنابراین، متغیر منطقه سکونت از ابتدا کدبندی و چهار متغیر طراحی شد. هر شرکت‌کننده ساکن در منطقه مربوطه نمره "یک" و غیرساکن در آن، نمره "صفر" دریافت کرد. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است. اختلال تنیدگی پس‌آسیبی همچنان بیشترین رابطه را با نشانه‌های تنیدگی مزمن داشت و ۶۰/۲٪ پراکنش این نشانه‌ها توسط اختلال تنیدگی پس‌آسیبی تبیین شد.

جدول ۲) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری خطی (گام به گام) برای

پیش‌بینی نمرات نشانه‌های تنیدگی مزمن

خطا	T	β	B	خطا	F	R^2	پیش‌بین
۰/۰۰۱	۱۹/۱۶۱	۰/۶۴۹	۱/۳۷۶			۰/۶۰۲	اختلال تنیدگی پس‌آسیبی
							استفاده مرضی از دارو و مواد
۰/۰۰۱	۵/۱۵۸	۰/۱۷۳	۲/۵۹۴			۰/۰۲۶	در برابر تنیدگی خودگیج‌گردانی
۰/۰۰۱	۳/۳۳۲	۰/۱۰۳	۱/۹۵۴	۰/۰۰۱	۱۳۶/۱۲۹	۰/۰۰۸	پذیرش
۰/۰۰۷	-۲/۳۳۱	-۰/۰۸۲	-۱/۸۲۰			۰/۰۰۵	سکونت در منطقه ۱ قم
۰/۰۲۸	۲/۲۱۰	۰/۰۶۳	۴/۵۸۴			۰/۰۰۵	انزوای رفتاری
۰/۰۴۹	۱/۹۷۳	۰/۰۶۰	۱/۱۴۰			۰/۰۰۴	مجموع
۵/۶۰۷			عرض از مبدأ			۰/۶۴۹	

معنی‌داری با رویدادها، تغییرات زندگی و افکار خودکار و همبستگی منفی معنی‌داری با بهزیستی شخصی دارد که در مطالعه آقايوسفی گزارش شده است [۲۵]. در خصوص روایی همزمان با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی، ضریب همبستگی ۰/۷۸ و اعتبار آن به روش هماهنگی درونی مواد، ۰/۹۶ به‌دست آمد.

ج) مقیاس نشانه‌های پس‌آسیبی (PTSS-10): این مقیاس نخستین بار توسط رافایل و همکاران ارایه شد و دارای ۱۰ ماده است که نشانه‌های مهم اختلال تنیدگی پس‌آسیبی را مورد پرسش قرار می‌دهند. هر ماده شامل ۷ گزینه است که هر گزینه نمره‌ای بین صفر تا ۶ را در بردارد [۲۶]. شافل و همکاران اعتبار ۰/۸۶ برای گروه کنترل و ۰/۷۹ برای گروه‌های بازگشته از مأموریت و در حال پیگیری به‌دست آوردند؛ روایی ۰/۷۶ تا ۰/۷۹ در پژوهش‌های پیشین و اعتبار ۰/۸۵ در پژوهش روی نیروهای نظامی آلمان مستقر در کمبوجیه را برای آن گزارش کرده‌اند [۲۷]. پژوهشگران اعتبار ناشی از بازآزمایی را ۰/۶۶ گزارش کرده‌اند. مطابق این گزارش پژوهشی، در نیروهای نظامی آلمانی، نتایج تحلیل عاملی شد و ۲ عامل متبلور گردید که در نهایت همبستگی بالایی با "پرسش‌نامه شکایت گیسن" و همبستگی منفی معنی‌داری با تعداد تجربه‌های تنیدگی داشته است [۲۷]. روایی همزمان نیز، از طریق محاسبه همبستگی با نمرات نشانه‌های تنیدگی مزمن ۰/۷۸ و استفاده مرضی از دارو و مواد در برابر تنیدگی ۰/۵۳ به‌دست آمد. اعتبار مقیاس به روش محاسبه هماهنگی درونی مواد آزمون ۰/۸۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی رابطه ساده شیوه‌های مقابله با تنیدگی و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی با نشانه‌های تنیدگی مزمن، از روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱) همبستگی شیوه‌های مقابله و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی با

نشانه‌های تنیدگی مزمن

نام متغیر	ضریب همبستگی
خودگیج‌گردانی	۰/۱۹۵
انکار	۰/۰۳۵
استفاده مرضی از مواد در برابر تنیدگی	۰/۵۵۰
استفاده از حمایت هیجانی دیگران	۰/۲۳۵
انزوای مرضی	۰/۳۰۷
برون‌ریزی	۰/۳۶۳
چارچوب مثبت‌دادن	
برنامه‌ریزی	-۰/۱۸۵
خودسرزنش‌گری	۰/۳۳۱
اختلال تنیدگی پس‌آسیبی	۰/۷۷۶

احتمال خطا معادل ۰/۰۰۱

زیان‌ها یا فواید بالقوه‌ای است که در مرحله اولیه ارزیابی شده است. نتایج پژوهش حاضر، نه تنها با الگوی شناختی همخوانی دارد، بلکه با پژوهش‌های انجام شده در این خصوص مانند مطالعه فتحی آشتیانی و کرمی‌نیا [۱]، نوربالا و ملک‌افضلی [۲]، وفائی و صیدی [۳]، آلدوین [۶]، ساکسون و همکاران [۸]، مک‌فال و کوک [۹]، جانسون و همکاران [۱۰] و موزر و همکاران [۱۵] نیز همگرایی دارد. مؤلفین اخیر مدلی برای تبیین اثر اختلال تنیدگی پس‌آسیبی بر بهداشت روانی و همایندی سایر اختلالات روان‌شناختی ارائه می‌دهند [۱۵]. بر پایه این مدل، اختلال تنیدگی پس‌آسیبی از دو راه چنین نقشی را ایفا می‌کند: نخست، اثر مستقیم که ناشی از سه خوشه نشانه‌شناختی آن است (تجربه مجدد، اجتناب و فزون‌برانگیختگی) و دوم اثر غیرمستقیم که ناشی از خطوط شکسته ارتباطی ناشی از علایم بیماری است.

سکونت در منطقه ۱ شهرداری و آموزش و پرورش قم، در پیش‌بینی نمرات نشانه‌های تنیدگی مزمن و پراکنش آن سهم کم، اما معنی‌داری دارد. این منطقه عموماً در برگیرنده ساکنان بومی شهر قم است. نسبت مهاجرین پایین‌تر و درآمد عمومی ساکنان آن هم نسبت به منطقه ۴ پایین‌تر است. فقر نمی‌تواند عامل احتمالی این تأثیر باشد. زیرا، ساکنان مناطق ۳ و به ویژه ۲ درآمد پایین‌تری دارند. این احتمال وجود دارد که جانبازان ساکن این منطقه به دلیل آن که درآمد ساکنان منطقه ۴ و حمایت اجتماعی (قومی و عشیره‌ای) مناطق ۲ و ۳ را ندارند، بیشتر نشانه‌های تنیدگی مزمن را نشان می‌دهند.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد درمان اختلال تنیدگی پس‌آسیبی در کنار دریافت درمان‌های طبی، به کمک روش‌های مبتنی بر شناخت درمانگری از جمله، استفاده از روش مقابله درمانگری برای پیشگیری از نشانه‌های تنیدگی مزمن و درمان آن‌ها سودمند باشد. پیشنهاد می‌شود بنیاد شهید و امور ایثارگران با تمرکز بر درمان‌های دارویی اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و مقابله درمانگری این مشکلات را کاهش دهند.

تشکر و قدردانی: در اجرای این پژوهش، از حمایت مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم و همکاری پرسشگران محترم طرح، خانم‌ها اکرم شریفی، علوی، اعظم برخوردار، الهام برقی، الهام رسولی، فرزانه احمدی، فاطمه حمزه حسین‌آبادی، فاطمه فراهانی، فاطمه حسین‌پور، فاطمه سیف‌زاده، هانیه بشارتی، حسینی کوسه‌لر، مریم امجدی، معصومه آفتابی، معصومه قائدی، معصومه قلی‌زاده، مطهره دولتی، یوسف‌زاده، زهرا غلامی، زهرا خدیوی کاشانی و زهرا استادیان سود جسته‌ام، که برای یکایک آنها سپاس می‌گذارم.

پس از آن، پناه بردن به مواد و دارو، خودگیج‌گردانی، پذیرش (در واقع عدم پذیرش)، سکونت در منطقه ۱ قم و انزوای رفتاری اثر معنی‌داری در تبیین پراکنش نشانه‌های تنیدگی مزمن داشتند. معادله این رابطه به صورت زیر به دست آمد:

$$\begin{aligned} \text{نمره کل نشانه‌های تنیدگی مزمن} = & \\ & (0.649 \times \text{اختلال تنیدگی پس‌آسیبی}) + \\ & (0.173 \times \text{استفاده مرضی از دارو}) + \\ & (0.103 \times \text{خودگیج‌گردانی}) - \\ & (0.082 \times \text{پذیرش}) + \\ & (0.063 \times \text{سکونت در منطقه ۱ قم}) + \\ & (0.060 \times \text{انزوای رفتاری}) + 0.607 \end{aligned}$$

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی رابطه شیوه‌های مقابله و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی با نشانه‌های تنیدگی مزمن، در جانبازان مناطق چهارگانه شهر قم انجام شد، نتایجی همسو با نظریه‌ها و پژوهش‌های مرتبط با خود داشت. روش‌های مقابله‌ای نارسا و هیجان‌مداری چون خودگیج‌گردانی، پناه بردن به دارو و مواد در برابر تنیدگی‌ها، انزوای رفتاری و عدم پذیرش تنیدگی با افزایش نشانه‌های تنیدگی مزمن رابطه دارند. خودگیج‌گردانی روش مقابله‌ای است که با روش مقابله‌ای دوری‌جویی در پرسش‌نامه راه‌های مقابله‌ای فولکمن - لازاروس مطابقت دارد و طی آن فرد هنگام رویارویی با تنیدگی، می‌کوشد حواس خود را پرت کرده و به آن نیندیشد [۲۱]؛ گویی چنین محرک تنیدگی‌زایی در پیرامون روان‌شناختی او وجود ندارد. استفاده مرضی از دارو و مواد به‌عنوان روش مقابله‌ای و انزوای رفتاری نیز با روش گریز/اجتناب که فولکمن - لازاروس فهرستی از پژوهش‌های مربوط به رابطه مثبت آن با اختلالات روان‌شناختی را فهرست کرده‌اند، همخوانی دارد [۲۱]. بر پایه الگوی شناختی هیجان که لازاروس و فولکمن [۲۱] و فولکمن و لازاروس [۲۲] آن را توضیح داده‌اند، تنیدگی، زمانی پیش می‌آید که فرد دریا به شرایط به گونه‌ای است که بر او فشار بیش از حد وارد می‌آید و ممکن است سلامت وی را در معرض خطر قرار دهد. این برداشت، طی دو مرحله ارزیابی شناختی صورت می‌گیرد. در ارزیابی اولیه، فرد به این جمع‌بندی می‌رسد که، آیا توان مقابله با این موقعیت را دارد؟ آیا خطری وی را تهدید می‌کند؟ زمینه کاهش عزت نفس فراهم است یا خیر؟ و این که، آیا سلامت خود فرد یا سلامت یکی از عزیزان وی در خطر است؟ در ارزیابی ثانویه، فرد به این جمع‌بندی می‌رسد که، آیا می‌توان برای فایق آمدن بر این خطر، جلوگیری از آن، یا تبدیل آن به یک مورد مفید اقدام کرد یا خیر؟ به عبارت دیگر، ارزیابی ثانویه متضمن ارزشیابی نیروهای فرد، در کنارآمدن با

- health and wellbeing. Canberra: Common Wealth Department of Health and Aged Care; 1999.
- 14- Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatr.* 1995;52:1048-60.
 - 15- Mueser K, Rosenberg S, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD and the course of severe mental illness: Interactive model. *Schizophrenia Res.* 2002;53:123-43.
 - 16- Chung Man, Dennis I, Easthope Y, Werrett J. A multiple indicator multiple cause model for posttraumatic stress reactions: Personality, coping and maladjustment. *Psychosom Med.* 2005;67:251-9.
 - 17- Aghayousefi A. The role of personality factors on coping strategies and coping therapy effects on personality factors and depression [dissertation]. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2001. [Persian]
 - 18- Saraei H. Sampling in research. Tehran: Samt Publication; 2005. [Persian]
 - 19- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56:267-83.
 - 20- Carver CS. You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.
 - 21- Folkman S, Lazarus RS. The manual of coping ways questionnaire. Castle Rock: Mind Garden; 1988.
 - 22- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
 - 23- Carver CS, Scheier MF. Attention and self regulation: A control theory approach to human behavior. New York: Springer; 1981.
 - 24- Carver CS, Scheier MF. Principles of self-regulation, action and emotion. In: Higgins ET, Sorrentino RM, editors. Hand book of motivation and cognition. New York: Guilford; 1990.
 - 25- Aghayousefi A. Comparison of stress and its consequences in the Shahed and Isargar families of Qom [research projects]. Qom: Bonyad Shahid; 2006. [Persian]
 - 26- Raphael B, Lundin T, Weisath L. A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia.* 1989;80(353):56-70.
 - 27- Schuffel W, Schade B, Schunk T. Final stress and coping with demands of the German medical personnel in Cambodia, Marburg. 1996. [German]
 - 28- Aghayousefi A. Introducing the latest achievements on mental therapy: Theoretical foundations and practical strategies. Tehran: Shahrivar Publication; 1999. [Persian]
 - 1- Fathi-Ashtiyani A, Karami R. Subsequent clinical study some psychological injuries of war. *Mil Med.* 2002;4(4):225-9. [Persian]
 - 2- Norbala AA, Malekafzali H. Investigate aspects of psychological effects of war on the four different groups of men, Tehran. Iran University of Medical Science; Proceedings of the Third Congress of Psychiatry and Psychology in Iran, 1991. [Persian]
 - 3- Vafaei B, Saidi A. Prevalence and severity of depression in 100 persons who were injured 30 to 70 percent of chemical and non chemical victims of war in Tabriz. *Mil Med.* 2006;5(1):105-10. [Persian]
 - 4- Kang HK, Mahah CM, Lee Ky, Magee CA, Murphy FM. Illnesses among United States veterans of the Gulf war: A population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Occ Env Med.* 2000;42:491-501.
 - 5- The Iowa Persian Gulf Study Group. Self-reported illness and health status among Gulf war veterans. *JAMA.* 1997;277:238-45.
 - 6- Aldwin MA. Stress, coping and development: An integrative perspective. New York: Guilford Publication; 2007.
 - 7- Koia E, Francis K, Tanja M, Lana S. Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war veterans treated for post traumatic stress disorder. *Acta Clin Croat.* 2002;41:295-306.
 - 8- Saxon AJ, Davis TM, Sloan KL, McKnight KM, McFall ME, Kivlahan DR. Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder and associated problems among incarcerated veterans. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):959-64.
 - 9- McFall M, Cook J. PTSD and health risk behavior. *PTSD Res Q.* 2006;17(4):6-9.
 - 10- Johnson D, Fontana A, Lubin H, Corn B, Rosenheck R. Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: Mortality, clinical condition and life satisfaction. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(1):35-41.
 - 11- Howgego IM, Owen C, Meldrum L, Yellowlees P, Dark F. Posttraumatic stress disorder: An exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatr.* 2005;5:21-4.
 - 12- Davidson J. New strategies for the treatment of posttraumatic stress. *J Clin Psychiatr.* 2000;61(7):3-51.
 - 13- Andrews G, Hall W, Teesson M, Henderson S. The mental health of Australians: Survey of national mental