QUALITATIVE RESEARCH

Self-Care Strategies and Its Effective Factors in Veterans with Chronic Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Study

Robabe Khalili[1],
Masoud Sirati nir[2],
Masoud Fallahi Khoshknab[3],
Hosein Mahmoudi[4],
Abbas Ebadi[5]

[1] Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[4] Associate Professor, Trauma Research Center, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] Professor, Department of Management, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received October 22, 2018 ; Accepted June 2, 2019)

Abstract

Background and purpose: Self-care activities can be effective in empowering patients with posttraumatic stress disorder (PTSD) in their recovery and health. There are limited information on self-care practices undertaken by veterans with chronic PTSD, so, this study aimed at exploring these strategies in this population.

Materials and methods: The present study is the part of grounded theory that was carried out during 2015-2017. Data were collected via semistructured in-depth interviews and field notes. Twelve veterans with chronic PTSD and 13 caregivers participated. They were selected via purposive sampling from Baqiyatallah-Azam Hospital, Sadr Psychiatric Clinic, and West Tehran Consulting Center. Data were analyzed by Corbin and Strauss approach.

Results: The loss of existential integrity was identified as the main concern of veterans with chronic PTSD. Effective and intervening factors in performing self-care activities included spirituality, personal knowledge, family supports, social supports, and institutional facilities, while the dimensions and outcomes of the disease, personality traits, the nature and dimensions of treatments, and inadequate organizational supports were the barriers to self-care. Self-care strategies included incompatible coping (escape or avoidance, isolation, repression and impulsive behavior) and compatible coping (adherence to treatment, seeking social supports, spiritual holding, and attempts to gain and maintain independence).

Conclusion: Self-care strategies of combat veterans with chronic PTSD could be different based on contextual-structural factors. Supportive sources (family, society, and organization) could help in facilitating the use of consistent and effective coping strategies to reconstruct existential integrity.

Keywords: chronic posttraumatic stress disorder, self-care, care givers, veterans, qualitative study

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(176): 151-166 (Persian).

* **Corresponding Author: Masoud Sirati nir** - Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: masoudsirati@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۶ شهریور سال ۱۳۹۸ (۱۶۶-۱۵۱)

تبیین راهبردهای مراقبت از خود و عوامل موثر بر آن در جانبازان مبتلا به اختلال استرس مزمن پس از ضربه جنگ: مطالعه کیفی

ربابه خلیلی [۱]
مسعود سیرتی نیر [۲]
مسعود فلاحی خشکناب [۳]
حسین محمودی [۴]
عباس عبادی [۵]

چکیده

سابقه و هدف: خود مراقبتی می‌تواند با توانمند سازی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در فرایند بهبودی و سلامت شان موثر واقع شود. از آن‌جا که تصویر واضحی از نحوه خودمراقبتی مبتلایان به اختلال استرس مزمن پس از ضربه ناشی از جنگ وجود ندارد، بنابراین هدف از انجام این مطالعه، تبیین راهبردهای مراقبت از خود در جانبازان مبتلا به اختلال استرس مزمن پس از ضربه جنگ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، بخشی از نظریه زمینه‌ای است که در سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ انجام یافت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته و یادداشت‌های در عرصه جمع‌آوری شد. ۱۲ رزمنده جانباز و ۱۳ فرد دخیل در خود مراقبتی آنان با روش نمونه‌گیری هدفمند از جانبازستان بقیه ا... اعظم، کلینیک روانپزشکی صدر و مرکز مشاوره غرب تهران در آن مشارکت نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها طبق روش کوربین و اشتراوس صورت گرفت.

یافته‌ها: فروپاشی انسجام وجودی» به عنوان مهم ترین نگرانی جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه جنگ شناسایی شد. عوامل تاثیرگذار و مداخله‌گر شامل معنویت، دانش فرد، حمایت خانواده و حمایت جامعه و تسهیلات سازمان، ابعاد و پیامد مربوط به بیماری، ساختار شخصیتی، ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری و حمایت ناکافی از سوی سازمان به عنوان تسهیل‌کننده‌ها و بازدارنده‌های راهبردهای خود مراقبتی بودند. راهبردهای خود مراقبتی شامل مقابله ناسازگار (فرار و اجتناب، انزواطلبی، سرکوب، رفتار تکانشی) و سازگار (پایبندی به درمان، جستجوی حمایت اجتماعی، تمسک معنوی، تلاش برای حفظ و کسب استقلال) بود.

استنتاج: راهبردهای خود مراقبتی جانبازان بر حسب عوامل ساختاری زمینه‌ای می‌توانست متفاوت باشد. منابع حمایتی (خانواده، جامعه و سازمان) می‌توانند در روند خود مراقبتی این گروه از جانبازان با تسهیل کاربرد راهبردهای مقابله سازگار در جهت بازسازی انسجام وجودی شان مداخله نمایند.

واژه های کلیدی: اختلال استرس مزمن پس از ضربه، خودمراقبتی، مراقبت دهندگان، رزمندگان، مطالعه کیفی

مقدمه

عوارض عصبی و روانی از ناتوان کننده ترین عوارض شناخته شده است که سبب بروز مشکلات متعدد برای افرادی که در جنگ حضور داشته‌اند، خانواده و جامعه شان می‌باشد. جانبازان اعصاب و روان

مولف مسئول: مسعود سیرتی نیر– تهران: میدان ونک، خیابان شیخ بهایی جنوبی، کوچه نصرتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... E-mail: masoudsirati@gmail.com.
۱. استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا....تهران، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا....تهران، ایران
۳. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات تروما، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا....تهران، ایران
۵. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، موسسه سبک زندگی، گروه مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا....تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۷/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۸/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۳/۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

پس از گذشت ۲۶ سال از پایان جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، از اختلالات گوناگونی چون اختلال استرس پس از ضربه مخصوصاً نوع مزمن شده آن، افسردگی، اضطراب و به تبع آن اعتیاد به مواد مخدر، مشکلات فردی و خانوادگی رنج می‌برند(۱). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان (DSM-V)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) عبارت است از مجموعه علایم نوعی (سندرم) که در پی مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب شدید یا خشونت جنسی پیدا می‌شود، به طوری که فرد واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند، در عین حال می‌خواهد از یادآوری محرک‌های مربوط به حادثه اجتناب نماید. همچنین تغییرات منفی در شناخت و خلق فرد همراه با حادثه آسیب زا شروع و تشدید می‌گردد و دچار تغییر قابل ملاحظه در انگیختگی و واکنش پذیری مرتبط با حادثه آسیب‌زا می‌شود(۲). شیوع PTSD در افراد در معرض خطر از جمله نیروهای نظامی به دلیل ماهیت و شرایط شغلی، بیش از مردم عادی و از ۳۰ تا ۵۰ درصد در مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور گزارش شده است(۴،۳). شیوع آن درسربازان ویتنامی ۳۰ درصد(۵) و فراوانی این اختلال در پرسنل نظامی ایران ۱۴/۹ درصد گزارش شده است(۶). مواجهه با حوادث تروماتیک جنگ در رزمندگان سبب آسیب عملکرد اجرایی از قبیل ناتوانی کارکردن مستقل و نقص انجام فعالیت‌های مراقبت از خود می شود(۷). نقص و کمبود مراقبت از خود نیز در جانبازان PTSD منجر به بروز مشکلات سلامت جسمی و به تبع آن پایین آمدن کیفیت زندگی می‌گردد(۸)؛ به طوری که ایمانی و همکاران طی مطالعه ای در ایران نشان دادند، جانبازان PTSD دارای کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با سایر جانبازان اعصاب و روان می‌باشند(۹). خودمراقبتی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع جهت ارتقای سلامت، پیشگیری از جانبازی، حفظ سلامت و مقابله با جانبازی و ناتوانی با یا بدون پشتیبانی ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی است(۱۰). خود مراقبتی جانبازان PTSD شامل استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای ویژه و اصلاح سبک زندگی است(۱۱). طبق گزارش مرکز سلامت روان امریکا، خود مراقبتی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه یک فرایند مستمر است (۱۲) و می‌تواند با توانمندسازی بیماران در فرایند بهبودی و سلامت شان موثر واقع شود(۱۱).

برخی مطالعات در خارج و داخل کشور به بررسی جنبه‌هایی از درمان و مراقبت مبتلایان PTSD ناشی از جنگ پرداخته اند، به طور مثال در مطالعه کیفی Sayer و همکاران(۱۳)، عوامل تسهیل کننده و بازدارنده درمان و مراقبت از نظامیان با اختلال PTSD جنگ را مورد بررسی قرار دادند. در ایران نیز سیرتی و همکاران طی مطالعه کیفی، پیامدهای زندگی با اختلال استرس پس از ضربه جنگ را مورد بررسی قرار دادند(۱۴) ولیکن تا کنون هیچ مطالعه‌ای نحوه و روند خود مراقبتی این گروه از جانبازان را مورد بررسی قرار نداده است. به دلیل این که باورهای مذهبی، طرز تلقّی از مرگ و باور به جاودانگی باعث بروز تفاوت‌هایی در واکنش های افراد نسبت به حوادث آسیب‌زا و خطرات ناشی از آن شده است(۱۵)، بنابراین در مراقبت از جانبازان PTSD بایستی به بنیادها و باورهای مذهبی شان توجه ویژه ای مبذول گردد. از آن‌جا که پدیده خود مراقبتی با انسان و ارزش‌های انسانی که ابعاد وسیع و پیچیده ای دارند در ارتباط است، این امر ایجاب می‌کند که بررسی همه جانبه و عمیق تجربیات انسانی از این پدیده صورت گیرد. مطالعه کیفی با رویکرد (نظریه زمینه ای) در این مورد می‌تواند کمک کننده باشد که ماهیت پدیده، ساختار و عوامل موثر بر فرایند شکل گیری آن را در بستر طبیعی بررسی می‌کند(۱۶). با توجه به آثار جنگ و شیوع PTSD در کشور(۱۸،۱۷،۶) و با توجه به این که خود مراقبتی در این جانبازان مختل بوده و مشکل عمده محسوب می‌گردد و از آن‌جا که تحقیقات ذکر کرده‌اند، بیش از دو سوم این جانبازان توانایی اداره زندگی خود

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

را ندارند که نشانگر خود مراقبتی مختل است(۱۹،۷)، مطالعه حاضر با هدف تبیین فرایند مراقبت از خود در جانبازان مبتلا به اختلال استرس مزمن پس از ضربه جنگ انجام گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه بخشی از یک تحقیق کیفی به روش نظریه زمینه‌ای است که دربین سال‌های۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ بر اساس نسخه کوربین و اشتراوس ۲۰۰۸ انجام گرفت. در این روش، تجزیه و تحلیل در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت می‌پذیرد. فرایند کدگذاری بر اساس نسخه ۲۰۰۸ کوربین اشتراوس شامل استخراج مفاهیم از داده‌های خام و توسعه آن‌ها از نظر ویژگی‌ها (خصوصیاتی که مفاهیم را تعریف و توصیف می‌کنند) و ابعادشان (تغییرپذیری داخل ویژگی‌ها که به مفاهیم تغییرپذیری و دامنه می‌دهند) می‌باشد. در واقع حد فاصل میان انواع کدگذاری تصنّعی و غیر واقعی است و هر کدام از آن‌ها الزاماً در مراحل جداگانه ای انجام نمی‌شود(۱۶).

مشارکت‌کنندگان تحقیق شامل رزمندگان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی ایران و عراق و مراقبین غیر حرفه‌ای و حرفه‌ای بودند که از جانبازستان فوق تخصصی بقیه ا...؛ کلینیک وابسته به جانبازستان روانپزشکی صدر و مرکز مشاوره غرب تهران به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود مشارکت کنندگان به مطالعه شامل جانبازان جنگ ایران و عراق با تشخیص PTSD بر اساس ویرایش متنی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری (DSM V) که دارای توانایی برقراری ارتباط کلامی باشند و کلیه افرادی که در فرایند مراقبت شان دخیل هستند، بود. جانبازان PTSD جنگ با تشخیص اختلالات سایکوتیک، هذیانی و شخصیت از شرکت در مطالعه خارج شدند. پژوهشگر، جانبازان مشارکت کننده در این مطالعه را با توجه به نظر روانپزشک و پرونده روانپزشکی‌شان انتخاب نمود. روش اصلی گردآوری اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختارمند بود که انفرادی، چهره به چهره انجام گردید. همچنین از یادداشت در عرصه به عنوان روش مکمل درحین انجام مصاحبه‌ها استفاده شد. مصاحبه براساس سوال اصلی پژوهش با سوالی باز «درباره فعالیت‌های روز مره زندگی جانباز» آغاز می شد و به تدریج بر اساس تحلیل داده‌ها سوالات ژرف کاو و پیگیر بر اساس تجربه خود مراقبتی مشارکت‌کنندگان هدایت می‌شد. در ابتدا ۶ مصاحبه انفردی با جانبازان PTSD جنگ انجام شد و در ادامه نمونه‌گیری نظری انجام شد و با توجه به تحلیل اولیه داده‌ها و مشخص شدن نقش اعضای خانواده و کارکنان سلامت در خود مراقبتی به منظور تکمیل دقیق طبقات، مراقبین غیر حرفه‌ای و حرفه‌ای هم مورد مصاحبه قرار گرفتند.

نمونه‌ای از سوالات مصاحبه از مشارکت‌کنندگان جانباز و مراقبین شامل: ۱. چه کارهایی در پاسخ به مشکلات و نیازهای ایجاد شده ناشی از جانبازی تان انجام داده‌اید؟، ۲. چه اقداماتی هنگام عود علایم جانبازی همسرتان برای مراقبت از ایشان انجام داده‌اید؟، ۳. چه اقداماتی برای درمان و مراقبت جانبازان PTSD جنگ انجام داده اید؟

در مجموع بر اساس ملاک اشباع داده ها در تحقیق کیفی، ۱۸ مصاحبه انفرادی با مشارکت ۱۸ نفر (۱۲ جانباز مرد و ۷ نفر از تیم درمان و مراقبت) و ۲ مصاحبه گروهی ۶ نفره با مشارکت کلاً ۷ همسر انجام شد. مدت مصاحبه‌های انفرادی بین ۹۰-۴۰ دقیقه و مصاحبه‌های گروهی متمرکز ۱۲۰ دقیقه بود. مصاحبه‌های گروهی متمرکز با هدایت نویسنده اول مقاله و حضور یک منشی در مرکز مشاوره غرب تهران انجام شد. نحوه چینش مشارکت کنندگان در جلسه گروهی به صورت میزگرد بود و پژوهشگر در نقش تسهیل کننده فرایند مصاحبه فعالیت نمود و در واکنش به محتوای پاسخ‌ها و اشارات کلامی وغیرکلامی ازسوی مشارکت‌کنندگان انعطاف‌پذیر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

بود و بر مبنای آن‌ها مصاحبه را هدایت می‌نمود(۲۰). منشی جلسه نیز به عنوان پشتیبان تسهیل کننده فرایند مصاحبه با نت برداشتن از مشخصات، نظرات مشارکت کنندگان، جنبه‌های احساسی و ارتباطات غیرکلامی و پویایی گروه همکاری داشت. مصاحبه‌های انفرادی نیز بنابر راحتی مشارکت کنندگان کنار تخت جانباز، اتاق مشاوره یا اتاق ویزیت انجام شد. تمام مصاحبه ها توسط نویسنده اول مطالعه انجام و همزمان با موافقت مشارکت کنندگان با دستگاه MP3 ضبط می‌شد و طی ۲۴ ساعت کلمه به کلمه در نرم افزار word پیاده‌سازی و تایپ می‌شد. برای غوطه وری در داده‌ها، مصاحبه‌ها در چند نوبت به دقت گوش داده شد و متن تایپ شده آن چندین بار مرور، کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. جهت تحلیل داده‌ها و به منظور شناسایی داده‌هایی که ناظر به زمینه، فرایند و پیامد بودند از ابزارهای تحلیلی مانند پرسیدن سؤال از داده‌ها، مقایسه مداوم و تئورتیکال و معانی مختلف یک کلمه، توجه به زبان بدن و احساسات، استفاده گردید. همچنین یکی از روش‌های مهم در تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش استفاده پژوهشگر از Memo یادآور) بود و سعی شد تناسب نتایج ازطریق مرور آن‌ها تأمین شود. از برخی مشارکت‌کنندگان خواسته شد که نتایج را مورد بررسی قرار دهند تا از تطابق نتایج با تجربه آن‌ها اطمینان حاصل شود. با توجه به این‌که یافته‌ها بدون زمینه نارسا هستند، بنابراین پژوهشگر تلاش کرد زمینه را به گونه‌ای مشخص نماید که مخاطبان قادر به درک کامل وقایع اتفاق افتاده شوند. برای عمق بخشی به نتایج، پژوهشگر کوشش نمود تا با استفاده از نقل قول‌های متعدد در بخش نتایج، زبان مشترک جمعیت مورد پژوهش را استخراج نماید و تصویر واضحی از فرایند خودمراقبتی در جانبازان مبتلا به PTSD جنگ، ارایه دهد. علاوه بر این سعی شد با انتخاب نمونه‌هایی با ابعاد و ویژگی‌های مختلف و توجه و حساسیت به موارد متفاوت در داده‌ها، پیچیدگی پدیده مورد مطالعه مشخص شود. علاوه بر این سعی گردید با نوآوری و به شکل خلاق یافته‌های پژوهش به گونه‌ای شرح داده شود که موارد بدیع و تازه‌ای در خودمراقبتی جانبازان مبتلا به PTSD جنگ، ارایه شود. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... اعظم (عج) با کد اخلاق IR.BMSU.REC.۱۳۹۵/۲۲۵ بررسی و تأیید گردید. موارد اخلاقی پژوهش، مانند رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی و اختیار مشارکت کنندگان برای ترک مطالعه در هر زمان دلخواه شان، رعایت شد.

یافته ها

مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان این مطالعه در جداول شماره ۱ و ۲ آمده است.

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی جانبازان PTSD شرکت کننده در پژوهش

جانباز	سن به سال	مدرک تحصیلی	سابقه ابتلا به جانبازی	درصد جانبازی	اختلالات همراه
اول	۷۵	لیسانس	۳۵ سال	۲۰	–
دوم	۵۲	دیپلم	۳۵	۳۵	–
سوم	۴۹	زیر دیپلم	۳۰	۲۵	افسردگی
چهارم	۵۰	زیر دیپلم	۳۳	۱۰	اختلالات اضطرابی
پنجم	۴۹	زیر دیپلم	۲۹	۱۰	اختلالات اضطرابی
ششم	۵۵	زیر دیپلم	۳۳	۳۰	افسردگی
هفتم	۴۷	زیردیپلم	۳۲	۱۰	افسردگی
هشتم	۴۴	دکترا	۳۰	۵۰	افسردگی
نهم	۴۱	لیسانس	۲۷	۴۶	سوء مصرف مواد
دهم	۶۳	زیر دیپلم	۳۴	۱۰	افسردگی
یازدهم	۵۰	دیپلم	۲۹	۲۰	سوء مصرف مواد
دوازدهم	۵۷	فوق دیپلم	۳۰	۵۰	دوقطبی

جدول شماره ۲: مشخصات جمعیت شناختی مراقبین جانبازان PTSD شرکت کننده در پژوهش

مراقبین غیرحرفه ای				
همسر	سن به سال	تحصیلات	شغل	درصد جانبازی جانباز
اول	۴۵	دیپلم	خانه دار	۲۵
دوم	۳۱	دانشجوی لیسانس	خانه دار	۵۰
سوم	۴۸	دیپلم	خانه دار	۲۵
چهارم	۴۳	دیپلم	خانه دار	۲۵
پنجم	۴۹	لیسانس	خانه دار	۳۰
ششم	۵۰	زیر دیپلم	خانه دار	۱۵
هفتم	۵۲	دیپلم	بازنشسته	۲۰
مراقبین حرفه ای				
مدرک سازمانی	سن به سال	مسوولیت سازمانی	محیط کار	سابقه کار با جانباز
پزشکی (متخصص)	۵۳	روانپزشک	درمانگاه	۱۵
پزشکی (متخصص)	۵۱	روانپزشک	جانبازستان	۱۶
ارشد روانشناسی بالینی	۴۷	روانشناس	جانبازستان	۱۷
کارشناسی مددکاری	۴۸	مددکار اجتماعی	جانبازستان	۲۳
پزشکی (عمومی)	۴۸	پزشک پایش سلامت	درمانگاه	۲
پرستاری	۵۷	روانپرستار	بخش بستری	۱۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

تسهیل کننده ها

عوامل تاثیرگذار و مداخله‌گر بر راهبردهای خودمراقبتی جانبازان PTSD شامل زیرطبقات «معنویت»، «دانش فردی»، «حمایت خانواده» و «حمایت جامعه» و «تسهیلات سازمان» بود که می‌توانست تسهیل کننده روند خودمراقبتی شان باشد و در استفاده از راهبردهای مقابله سازگار توسط جانباز اثرگذار باشد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: طبقات و زیر طبقات عوامل مداخله گر راهبردهای خود مراقبتی در مبتلایان PTSD جنگ

طبقات	زیر طبقات
تسهیل کننده ها	معنویت
	دانش فردی
	حمایت خانواده
	حمایت جامعه
	تسهیلات سازمان
بازدارنده ها	ابعاد و پیامد مربوط به بیماری
	ساختار شخصیتی
	ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری
	حمایت ناکافی از سوی سازمان

وجود «معنویت» در زندگی با ویژگی‌های داشتن ایمان و باور مذهبی و معنوی، متعهد بودن به اخلاق و انسانیت مشخص شد. طوری‌که این ویژگی‌ها می‌توانست سبب به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای موثر مثل تمسک معنوی گردد. مشارکت کنندگان دراین مورد بیان کردند:

«یک سری از جانبازایی که به مسایل معنوی و اخلاقی یه مقدار بیش‌تر توجه داشتند و پایبند بودند، تونستند به حدی برسند که مثلاً در مقابل خونواده وقتی عصبانی میشن، گذشت بیش‌تری داشته باشند و پرخاشگری‌شون رو بهتر کنترل کنند.» (روانشناس).

«ما رفتیم که شهید بشیم، دوست داشتیم که شهید بشیم ولی اینجوری شدیم؛ حالا هم که اینجوری شدیم، بازم شکر. راضییم به رضای خداوند، حتماً به صلاحمون بوده. مشکلاتش رو هم تحمل می‌کنیم.» (جانباز۱۲).

«دانش فردی» شامل دانش حاصل از تحصیلات رسمی و دانش حاصل از مطالعات جانباز بود که می‌توانست در نحوه کنار آمدن با بیماری و مشکلات ناشی از آن موثر باشد. مشارکت کننده ای دراین مورد بیان کرد:

«مطالعه ام و دانشگاه رفتنم و اینا درکنار آمدن با بیماریم خیلی تاثیر داشت؛ یاد گرفتم که همیشه سروقت داروهامو بگیرم، مشاوره برم، عصبانیتم رو بهتر فروکش کنم.» (جانباز ۸).

«حمایت خانواده» به دو صورت جو حمایتگر خانواده درمراقبت ومشارکت همسر در مراقبت می‌توانست در ابعاد جسمانی، روانی و هیجانی مراقبت این جانبازان را تسهیل نماید. شرکت کنندگان نیز در این مورد ابراز کردند:

«در کل ما سعی کردیم فضای خونه رو دور هم خوش باشیم، اگه هم ناراحتی پیش اومده سریع با بچه ها جمعش کردیم، نذاشتیم تنشه بیش تر بشه.» (همسر ۳).

«خونواده ام بیماری منو می‌شناسند. کاملاً با بیماریم کنار اومدند، یعنی درکم می‌کنند؛ یعنی وقتی این شرایط بهم دست میده، بیش‌تر از روزای دیگه ازم مراقبت می‌کنند که اون جو درست نشه، مثلا برنامه‌ای نگاه می‌کنم مثلا مال جبهه و جنگ هست با یه حالتی چیزی کانال رو عوض می‌کنن که دوباره حالم بد نشه عصبی نشم.» (جانباز ۸).

«حمایت جامعه» به صورت دیدار و همدلی اقوام و نزدیکان و مساعدت و همکاری دوستان و همکاران می توانست تسهیل‌کننده خود مراقبتی جانبازن PTSD جنگ باشد. یکی از شرکت کنندگان اظهار کرد:

«ما چند تا دوستیم که خیلی باهم خوبیم اونا هم جانبازند ولی موجی نیستید اگر پولی قرض بخواهیم از همدیگه می‌گیریم مثلاً من زنگ می‌زدم وقتایی که حالم خوش نیست، مثلاً کاری رو برام انجام میدادن.» (جانباز ۷).

«تسهیلات سازمان» به صورت دسترسی به خدمات و امکانات درمانی، تامین مادی مراقبین غیر حرفه‌ای، برگزاری دوره‌های آموزش خانواده می توانست تسهیل کننده فرایند خود مرقبتی جانبازان PTSD جنگ باشد. مشارکت کنندگان در این مورد بیان نمودند:

«ما قبلا خیلی اذیت می‌شدیم، همسرم همکاری نمی‌کرد، دوش نمی‌گرفت، لج میکرد، برعکسش عمل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

می‌کرد. ولی می‌گم بعد کلاس‌های آموزشی خانواده که از طرف بنیاد گذاشتن و رفتم، خدا خیر بده دکتر رو، خیلی بهتر شده.» (همسر ۴).

«قبلاً حقوقمون پایین بود. خیلی اذیت می‌شدیم. ولی چند وقتیه یه قانونی اومد برای جانبازای نیروی مسلح که حالت اشتغال دارند و نمی‌تونن کارکنند، به زنهاشون حق پرستاری دادند.» (جانباز ۱۱).

بازدارنده ها

همچنین عوامل مداخله گری چون «ابعاد و پیامد مربوط به بیماری»، «ساختار شخصیتی جانباز»، «ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری» و «حمایت ناکافی از سوی سازمان» به عنوان عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانباز شناسایی شدند که می‌توانست در به کارگیری راهبرد مقابله ای ناساگاز توسط جانباز تاثیر گذار باشد. (جدول شماره ۳). در مورد «ابعاد و پیامد مربوط به بیماری» که به صورت بالا بودن شدت بیماری، معلولیت و ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن بود؛ مشارکت کنندگان بیان کردند:

«من درصد مجروحیتم بالاست، ۴۶ درصده، چندین باره که بستری میشم. الان هم خشونت زیاد دارم، سردرد زیاد دارم، پشت شونه ام زیاد درد می‌کنه، پرخاشگری دارم. تو خونه بهم می گن خودتو یه خورده کنترل کن، ولی نمی تونم خودمو کنترل کنم» (جانباز ۹).

«تعداد بیماری‌های مزمنی که جانباز PTSD داره، خیلی عامل مهمیه. چون دفعات مراجعه، تعداد داروها، دوزهای متعدد و تداخلات دارویی باعث میشه که تبعیت از درمانش کم بشه.» (روانپزشک ۵).

«ساختار شخصیتی جانباز» به صورت تیپ شخصیتی پرخاشگر و گرایش به رفتار پرخطر نمودار گردید. شرکت کنندگان در این مورد اظهار کردند:

«همسرم و اینا خونوادگی عصبی مزاجند ایشون هم بعد جبهه و موج گرفتگی بدتر هم شده، فقط منتظر کوچکترین چیزیه که دعوا راه بندازه.» (همسر ۲).

«یه فاکتورهایی هست که تو پرخاشگری بیش تر جانباز خیلی اثر داره. یه قسمتش هم برمی گرده به صفات شخصیت ایش». (روانپزشک ۲).

درمورد «ماهیت و ابعاد درمان»که شامل عوارض جانبی داروها، تداخلات دارویی، دسترسی ناکافی به برخی داروها و خستگی از مصرف دارو و غیره بود، مشارکت کنندگان بیان کردند:

«یه مقدار از داروهای روانگردانی که به ما میدن، ناخودآگاه می‌گم ما رو دچار خلسه وخواب آلودگی میکنه. اینه که دیگه تصمیم گرفتم این داروها رو مصرف نکنم.» (جانباز ۵).

«یه سری از داروها بیمه‌ای‌اند، تو دفترچه می‌نویسی، داروخونه میده. بعضی‌ها هم نه، آزاده؛ مثلاً تا جانباز بخواد چم و خم اداری رو طی‌کنه، به‌جای دریافت هزینه‌اش، خب انقدر ممکنه طولانی بشه که کلاً منصرف بشه از گرفتنش و حوصله‌اش نشه‌که پیگیری‌کنه». (روانپزشک ۱).

در مورد «حمایت سازمانی ناکافی» که به صورت توقعات برآمده نشده و رسیدگی ناکافی از سوی سازمان بود نیز شرکت کنندگان ابراز کردند:

«الان ما بحث مددکاری رو برای این جانباز نداریم و خیلی کمرنگه. در حالی که مددکاری خیلی مهمه خیلی ازمشکلات این جانباز نیاز به مددکار داره» (روانپزشک ۲).

«بیایند برای بیمارای اعصاب و روان یه برنامه ای بزارن مثلاً ماهی یکبار ما رو ببرند کمپ های شرکت نفت یا شرکت گاز یا خود بنیاد که الان هستش مثلا بگند یه هفته برند اونجا استراحت کنند، همین کار می‌دونید چقدر تاثیر رو حال ما داره». (جانباز ۹).

مقابله ناسازگار

استفاده از راهبرد «مقابله ناسازگار» شامل طبقات اولیه: «فرار و اجتناب»، «انزواطلبی»، «سرکوب» و «رفتار تکانشی» بود. در واقع برخی از مبتلایان به PTSD جنگ برای کنترل مشکلات و به نوعی بازسازی انسجام وجودی شان از انواع تکنیک های مقابله ای ناسازگار و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

غیر موثر استفاده می‌کردند که منجر به درد و رنج بیش‌تر برای جانباز و خانواده و اطرافیانش می‌گردید و فرسودگی و درماندگی را به دنبال داشت (جدول شماره۴).

جدول شماره ۴: طبقات و زیر طبقات راهبردهای خود مراقبتی در مبتلایان PTSD جنگ

طبقات	زیرطبقات
مقابله ناسازگار	فرار و اجتناب
	انزواطلبی
	سرکوب
	رفتار تکانشی
مقابله سازگار	پایبندی به درمان
	جستجوی حمایت اجتماعی
	تمسک معنوی
	تلاش برای کسب و حفظ استقلال

یکی از تکنیک های مقابله ای ناسازگار مورد استفاده جانبازان، «فرار و اجتناب» بود که با زیر طبقات تبعیت نامناسب یا رهاکردن درمان، سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل، خود زنی و خودکشی و مشغولیت کاری زیاد استخراج شد. در این مورد مشارکت کنندگان بیان کردند:

«دارو خوبه، ولی همسر من اصلاً دارو استفاده نمیکنه، یعنی اصلاً قبول نداره.» (همسر ۲).

«یه وقتایی می زنم بیرون با دوستام. دو تا سه بار بهم گفتند یکم مواد مصرف کن خوب می شی. منم چند بارکشیدم که واقعا هم اثر هم داشت.» (جانباز ۹).

«برای این که از دست این مریضی نجات پیدا کنم، خیلی دست به خودکشی زدم، چند دفعه رفتم تو حموم رگ بزنم.» (جانباز ۱۱).

«انزواطلبی» و دوری گزینی از اجتماع یکی از تکنیک‌هایی بود که برخی مبتلایان به PTSD برای مقابله با مشکلات جانبازی شان استفاده می‌کردند که می‌توانست سبب انزوا و ایزوله شدن اجتماعی‌شان گردد. دوری گزینی از جمع به نوعی زمینه ساز فاصله عاطفی جانباز با خانواده و محرومیت از فضای حمایتگر روانی عاطفی خانواده و اطرافیانش بود که می‌توانست به نوعی منجر به به غرنج شدن مشکلات شده و پیامد فرسودگی را به‌دنبال داشت. شرکت‌کنندگان در این مورد اظهار کردند:

«ما معمولاً به جانباز میگیم که ساعت‌های فراغتشون رو در جمع خانواده بنشینن به هیچ وجه اتاق اختصاصی برای خودشون نداشته باشن چون خیلی گوشه‌گیر می‌شن.» (روانپزشک ۵).

«از همه فراری ام، چه کسایی که دعوتم می کنن برای عروسی، چه موقعی که مثلاً عزایی میشه. یکی از اقوامون می میره، اصلاً دوست ندارم برم. » (جانباز ۹).

«سرکوب» از دیگر تکنیک‌های مقابله‌ای ناسازگار بود که برخی مبتلایان به PTSD جنگ برای مقابله با مشکلات جانبازی شان از آن استفاده می‌کردند. در واقع سرکوب کردن و در خودریزی به عنوان یک مکانیسم منفی مقابله‌ای می‌توانست تاثیر سویی بر حال و روند بهبودی وی داشته باشد. مشارکت کنندگان نیز در این مورد ابزار کردند:

«معمولاً تو محل کار عصبانی هم بشم، پرخاش نمی‌کنم؛ می‌ریزم تو خودمو و هی فکر می‌کنم. ولی وقتی که خالی نمی‌شم، بیش‌تر احساس نا امنی می‌کنم و همش خودمو سرزنش می‌کنم. به خودم می‌گم چقد من آدم بدبخت و بیچاره‌ایم یا چرا انقد شرایط زندگی من بده.» (جانباز ۳).

«رفتار تکانشی» نیز تکنیک دیگر از مقابله ناسازگار بود که برخی مبتلایان به PTSD جنگ از آن استفاده می‌کردند، به‌طوری که سبب بدتر شدن حال جانباز به صورت سردرد و ضعف و بی حالی می‌گردید و در واقع سیکل معیوب جانبازی را به دنبال داشت. مشارکت کنندگان نیز بیان کردند:

«وقت عصبانیت توهین کردم، خانومم رو کتک زدم، دستگاه آتاری بچه ام رو زدم شکوندم، بعدش خیلی پشیمون میشم که چرا بچه ام رو کتک زدم.» (جانباز ۲).

«یکبار شوهرم بهش وام نداده بودن، چک هاش پاس نشده بود، منم اومدم دور برش پرس و جو، اونم عصبی بود، سرم داد زد، آجر ورداشت پرت کرد سمتم.» (همسر ۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

مقابله سازگار:

راهبرد «مقابله سازگار» شامل طبقات اولیه: «پایبندی به درمان»، «جستجوی حمایت اجتماعی»، «تمسک معنوی» و «تلاش برای حفظ استقلال» بود. برخی از مبتلایان PTSD ناشی از جنگ برای کنترل مشکلات و به نوعی بازسازی انسجام وجودی شان از تکنیک‌های مقابله سازگار استفاده می‌کردند که منجر به خودکنترلی و شادابی جسمی و روحی و روانی‌شان می‌گردید (جدول شماره ۴).

«پایبندی به درمان» یکی از تکنیک‌های مقابله سازگار بود که توسط برخی جانبازان استفاده می‌شد و با زیرطبقات تبعیت مناسب از درمان، جستجو و پیگیری درمان، تلاش برای داشتن سبک زندگی سالم، تلاش برای محافظت و کنترل آسیب‌های ثانوی و تلاش برای تقویت و بهبود بهداشت روانی بود. شرکت کنندگان نیز بیان نمودند:

«اگر صبح که داروهام رو بخورم، مشکلی ندارم؛ ولی اگر نخورم، سردرد شدیدی می‌شم، اینه که حتی بیرون هم که برم تو جیبم می‌زارم». (جانباز ۱).

«هر دفعه که خیلی حالم بد میشه و می‌خوام از مشکلات زندگی ام دور بشم، میام اینجا و چند روزی تحت مراقبت هستم.» (جانباز ۱۲).

«جستجوی حمایت اجتماعی» یکی از تکنیک‌های مقابله سازگار و کارآمد مورد استفاده جانبازان بود. برخورداری از حمایت اجتماعی به‌عنوانی منبعی بود که می‌توانست به جانبازان PTSD جنگ در به کارگیری راهبرد مقابله‌ای سازگار کمک نماید. در واقع برخی جانبازان با جستجوی حمایت اجتماعی سعی می‌کردند مشکلات منتج از جانبازی شان را به طور مناسبی حل و فصل نموده و تنش ناشی از آن را کاهش دهند. در مورد نحوه حمایت اجتماعی اش شرکت کنندگان اظهار کردند:

«تقریباً همیشه غروب‌ها مسجدم. اونجا با بچه مسجدیا یه اکیپ دوستایی هستیم، همه مذهبی. یه وقت کاری داشته باشم هم ازشون کمک می‌گیرم.» (جانباز ۵).

«خونه که بودم، من زنگ می زدم به دوستام، وقتایی که حالم خوش نبود، مثلاً کاری رو برام انجام می‌دادن. » (جانباز ۷).

«تمسک معنوی» از دیگر تکنیک های مقابله سازگار برخی مبتلایان بود که با توجه به داشتن زمینه معناگرایی در زندگی شان از آن استفاده می کردند و می‌توانست سبب بهبود مقابله با مشکلات جانبازی شان گردد. تمسک معنوی شامل مواردی چون توسل به مذهب و انجام اعمال مذهبی، شکرگذاری و رضایت درونی بود. در این مورد شرکت کنندگان ابراز نمودند:

«اما قرآن رو من شیفته اش هستم هرکجا باشه من باید این قرآن رو تو مسجد یا تو خونه بخونم. این خیلی برای روحیه من خوبه.» (جانباز ۲).

«من خدا رو شکر می‌کنم به خاطر همه نعمتهاش و از این که هنوز سرپام. می‌تونست شرایطم خیلی بدتر از این هم باشه و از این که خونواده خوبی دارم، همه رو از خدا می‌دونم و به خاطرش هم شاکرم. » (جانباز ۱۰).

«تلاش برای کسب و حفظ استقلال» به عنوان یکی از تکنیک‌های مقابله سازگار و کارآمد مورد استفاده بود. برخی از جانبازان با انجام فعالیت هایی برای تامین معاش و کفایت مادی شان و همینطور انجام مستقل امورات شخصی خود تا حد امکان سعی به رسیدن به استقلال و حفظ آن را داشتند. در این مورد مشارکت کنندگان اظهار کردند:

«الان چند وقتیه خودم رو وادار کردم که یه خورده زودتر بلند شم و ماشینم رو وردارم برم آژانس و خودم رو مشغول امور معاش کنم.» (جانباز ۲).

«تو خونه تا جایی که می تونستم خودم کارهای شخصی ام رو انجام می دم، ولی حالا اگر بدحال بشم، خانومم یا پسرم کمک می کردن.» (جانباز ۷).

نمونه ای از فیلد نوت به طور مثال:

«در هنگام بیان چگونگی حمله عصبی‌اش دستهایش را گره کرد و دندانهایش را بهم فشرد و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

بدنش را جمع کرد و چهره اش را در هم کشید که حاکی از شدت رنجش بود. در طول مصاحبه، دو سه بار از روی صندلی اش بلند شد. علتش را جویا شدم که گفتند در اثر نشستن طولانی خسته می شوم و لازم است که چند لحظه سر پا بایستم. در پایان جلسه هم در حالیکه کلاهش را روی سرش می گذاشتند، گفتند که مصرف داروی اعصاب (آسنترا) به خصوص صبح ها بسیار به وی کمک می کند تا سرحال باشد و وگرنه در وقتی بغیر از صبح که اوج اثر دارویش هست نمی توانست همکاری خوبی داشته باشد.» (جانباز ۴).

بحث

نتایج تجزیه و تحلیل نهایی داده های این مطالعه که با هدف تبیین راهبردهای مراقبت از خود و عوامل موثر بر آن در جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ بود، نشان داد که راهبردهای خود مراقبتی مبتلایان به PTSD جنگ کاملاً وابسته به زمینه بوده و با توجه به عوامل ساختاری زمینه ای می توانست متفاوت باشد. عواملی مثل معنویت، دانش فردی و برخورداری از منابع حمایتی خانواده، جامعه و تسهیلات سازمانی می‌توانست مداخله گر به صورت تسهیل کننده خودمراقبتی مبتلایان باشد، به طوری که جانبازانی که از این عوامل تسهیل کننده برخوردار بودند، از راهبرد مقابله سازگار در خود مراقبتی شان استفاده می کردند(۲۱). در واقع استفاده از راهبرد مقابله ای سازگار، پیامد مثبت خود کنترلی و شادابی جسمی و روحی و روانی به صورت بهبود حال جانباز و کاهش عود علایم جانبازیش را به دنبال داشت.

در مورد تاثیر وجود معنویت و معناگرایی در تسهیل خود مراقبتی، Hasanovi و Pajevic هم طی مطالعه‌شان (۲۰۱۰) در بوسنی و هرزگوین دریافتند که وجود ارزش‌ها و باورهای معنوی و اعتقادی در رزمندگان، آنان را به کنترل بهتر دیسترس قادر نموده و مکانیسم موثری برای کنترل سوء مصرف الکل و مواد می‌باشد(۲۲).

Currier و همکارانش (۲۰۱۶) هم نشان دادند که باورهای معنوی و معنویت در زندگی می تواند کیفیت زندگی نظامیان مبتلا به PTSD را بهبود بخشد(۲۳).

در مطالعه حاضر، دانش فردی که به عنوان عامل تسهیل کننده خود مراقبتی جانبازان بود؛ که در واقع می‌توان گفت کسب دانش و جستجوی اطلاعات سلامت، نقش مهمی در فرایند مدیریت بیماری‌های مزمن دارد(۲۴) Leclerc (۲۰۱۳) هم طی مطالعه‌اش گزارش کرد که سطح بالاتر آموزش رسمی سبب پیوستگی بیش‌تر بیماران به درمان شان می‌شود(۲۵). یکی از راهبردهای مهم در بالا بردن سواد سلامت بیماران، ارائه منابع آموزشی به آنان می باشد که در روند مراقبت شان سهولت ایجاد می نماید(۲۶).

در مطالعه ما، برخورداری از منابع حمایت خانواده و اجتماع می‌توانست سبب تسهیل خود مراقبتی و استفاده از راهبردهای مقابله سازگار به صورت پایبندی به درمان و جستجوی حمایت اجتماعی گردد. با وجود این که بیماری PTSD، اثرات منفی روی عملکرد و کیفیت زندگی بیمار و اعضای خانواده‌اش دارد(۲۷)، شواهد بیانگر پدید آمدن منافع مثبت و واضح در زمانی است که خانواده در درمان و مراقبت از بیماران مشارکت می کنند(۲۸،۲۹).

Batten و همکارانش (۲۰۰۹) طی مطالعه ای نشان دادندکه ۷۹ درصد رزمندگان خواستار درگیری خانواده در فرایند درمان شان بودند(۳۰).

در مورد تاثیر حمایت جامعه، Koenen و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای آینده‌نگر، تاثیر حمایت اجتماعی را به صورت دوگانه هم خطر ساز و هم محافظ در برابر PTSD نشان دادند؛ به‌طوری که رزمندگانی که درگیری اجتماعی گسترده‌تری داشتند، احتمال بیش‌تری در بهبود از بیماری داشتند و از سوی دیگر رزمندگانی که برخوردهای منفی بیش‌تری در مراجعت به خانه از سوی اطرافیان و اجتماع دریافت می کردند، احتمال مزمن شدن بیماری شان بیش‌تر می‌شد(۳۱). حمایت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

اجتماعی پایین، استفاده از راهبردهای مقابله ناسازگار مثل اجتناب و فرار و رفتارهای واپس زنی و دوری گزینی توسط مبتلایان را بالا می‌برد که موید نتایج مطالعه ماست(۳۲).

برخورداری از تسهیلات و امکانات سازمان مثل دسترسی جانبازان به امکانات درمانی یا برگزاری کلاس های آموزشی خانواده جانبازان و حقوق مراقبین غیررسمی از دیگر عوامل تسهیل کننده خود مراقبتی جانبازان PTSD بود. Sayer و همکاران (۲۰۰۹) نیز طی مطالعه شان نشان دادند که یکی از موانع دسترسی به خدمات درمانی در سازمان نظامی فرایند ثبت نام زمان بر و پیچیده آن می‌باشد و محدودیت‌های زمانی و هزینه‌های درمانی و مشکلات مربوط به دوری مکانی و نقل و انتقال جهت دریافت خدمات همگی موانع دسترسی مبتلایان PTSD بود که به عنوان بازدارنده روند درمان شان محسوب می گردید(۱۳).

در این مطالعه عواملی چون ابعاد و پیامد مربوط به بیماری، ساختار شخصیتی فرد بیمار، ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری و حمایت ناکافی از سوی سازمان، به عنوان عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانباز بود و در واقع وجود این عوامل می‌توانست در به کارگیری راهبرد مقابله ای ناسازگار توسط جانباز تاثیر گذار باشد و به نوعی بازدارنده خود مراقبتی اش به شمار آید(۳۳)، چرا که استفاده از راهبرد مقابله‌ای ناسازگار، پیامد منفی فرسودگی و درماندگی بیش‌تر جانباز و خانواده اش به صورت خستگی و تحلیل قوای جسمی و روحی روانی بیش تر جانباز را به دنبال داشت.

یکی از فاکتورهایی که سبب بی‌تفاوتی بیمار به جستجوی درمان یا شکست در پیوستگی کامل به درمان می گردد، شدت بالای بیماری است(۳۴). همسو با نتایج مطالعه ما، Bruffaerts و همکارانش (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای نشان دادند شدت بالای بیماری با کاهش بیش‌تر توان اعمال اجرایی، سوء مصرف الکل و داروهای مخدر در سربازان مبتلا به PTSD جنگ مرتبط بوده است(۳۵).

در مطالعه ما دارا بودن زمینه پرخاشگری و تحریک‌پذیری سبب تشدید عصبانیت بعد از ابتلا به بیماری شده و استفاده از راهبرد مقابله ناسازگار به صورت رفتار تکانشی را تشدید می کرد.

Mommersteeg و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌شان نشان دادند که تیپ شخصیت مضطرب با فرار و اجتناب مضر و خود مدیریتی ضعیف و تشدید علایم PTSD در مبتلایان همراه است(۳۶) که موید نتایج مطالعه ماست.

ماهیت و ابعاد درمان نیز به صورت خستگی از درمان، عوارض جانبی داروها و تداخلات دارویی و فراموشی دوز مصرفی می توانست سبب تبعیت ناکافی از درمان حتی رها کردن درمان شان گردد. البته بیماران PTSD به خصوص نوع مزمن، سابقه عدم پیوستگی به درمان بیش‌تری دارند که می‌توان تا حدودی به طولانی شدن سیر بیماری و خستگی از درمان مرتبط دانست(۳۷). بر اساس برخی مطالعات همسو، در میان مبتلایان به PTSD تبعیت نامناسب از درمان به صورت استفاده کم‌تر از حد دوزهای دارویی تجویزی، سوء مصرف داروهای روانپزشکی و تمایل به خود درمانی به خصوص در مورد بنزودیازپین ها گزارش شد(۳۸، ۳۹).

حمایت سازمانی ناکافی هم در ایجاد تنش و تشدید علایم بیماری جانبازان PTSD جنگ نقش داشته و سبب سیکل معیوب بهبودی می گردید. در مطالعه‌ای در ایران، شعبانی (۱۳۹۱) بیان می کند که اختلال استرس پس از جنگ چه از نظر فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات درمانی، چه از نظر حجم زیاد دشواری‌هایی که پیش روی مبتلایان قرار می‌دهد، بی گمان از مسائل مهم کنونی روانپزشکی کشور است که باید به آن بیش‌تر پرداخته شود(۴۰).

در این مطالعه پایبندی به درمان، جستجوی حمایت اجتماعی، تمسک معنوی و تلاش برای کسب و حفظ استقلال از راهبردهای مقابله سازگار و کارآمدی بود که جانبازان برای خودمراقبتی شان از آن کمک می گرفتند و فرار و اجتناب، انزواطلبی، سرکوب و رفتار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

تکانشی نیز به عنوان راهبردهای مقابله ناسازگاری شناسایی شد که جانبازان برای کنترل مشکلات مربوط به بیماری و در واقع خود مراقبتی شان از آن استفاده می‌کردند. البته مفهوم مقابله در ابتدا توسط Lazarus سال ۱۹۸۴ مطرح شد(۴۱). در واقع مقابله شامل تمام تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواست های درونی یا بیرونی به کار گرفته می‌شود(۴۲). موضوع مهم در مقابله با PTSD، راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد که افراد در وقایع استرس زا به کار می‌گیرند که این راهبردهای می‌تواند مثبت یا منفی باشد. راهبردهای مقابله مثبت اثبات می کند که به طور رضایتمندانه ای در مقابله با استرس تاثیرگذار است و بر اساس انجام راه حل مسالمت آمیز استوار است و برعکس راهبردهای مقابله ای منفی هیچ راه حل روشن و واضحی را ثابت نمی‌کند، به‌طوری که ادراک استرس و پاسخ های غیر موثر آینده را تداوم می‌بخشد(۴۳).

از نظر فولکمن و لازاروس دو مقابله اصلی (مساله مدار و هیجان مدار) در برابر فشار روانی وجود دارد. در مقابله مساله مدار، فرد بر عامل استرس زا متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط استرس زا یا حذف آن انجام دهد و در مقابله هیجان مدار، فرد سعی می‌کند پیامدهای هیجان واقعه استرس زا را مهار نماید(۴۲). در زمینه استرس تروماتیک، راهبردهای مقابله ابزاری مثل تفکر مثبت یا سر و کار داشتن فعالانه با مشکلات سازگاری بهتر با استرس و مشکلات تروما همراه بوده و برعکس راهبردهای مقابله غیرفعال مثل ایزوله شدن اجتماعی، اجتناب و گریز مثل مصرف الکل و رفتارهای خود زنی و انکار اغلب به عنوان راهبرد مقابله ناسازگار با استرس و مشکلات مربوط به تروما مطرح می باشد(۴۴).

Tiet و همکاران (۲۰۰۶) هم طی مطالعه ای در مورد ارتباط رویکرد مقابله با برآیندهای اجرایی و توسعه علایم PTSD در میان رزمندگان مبتلا به PTSD مزمن جنگ نشان دادند که استفاده از رویکرد مقابله اجتنابی و فرار پیشگویی کننده عود علایم بیش‌تر جانبازی بود و در مجموع علی‌رغم مزمن بودن و تداوم جانبازی، رویکرد مقابله سازگار با عملکرد خانوادگی و اجتماعی بهتری همراه بود(۴۵) که با نتایج مطالعه ما همراستا می‌باشد. با توجه به این که در مطالعه ما جستجوی حمایت اجتماعی به صورت صحبت کردن و کمک گرفتن از دوستان و آشنایان و همکاران یکی از انواع راهبرد مقابله‌ای بود که به طور برجسته ای محافظت کننده در مقابل عود علایم PTSD و احساس نشاط و بهبودی مبتلایان بود، در یک مطالعه متاآنالیز نتایج نشان داد که صحبت کردن و گفتگو با دیگران در مورد واقعه اثرات سودمندی در کاهش تنش افراد دارای تجربه حوادث تروماتیک وسیع دارد(۴۶) که با نتایج مطالعه ما مشابه است. تجربه ترومای جنگ می تواند باورمندی مذهبی فرد را به یک اندازه قوی یا ضعیف نماید، به طوری که سبب ایجاد مقابله مذهبی مثبت یا منفی گردد(۴۷)، ولیکن در مطالعه ما نتایج نشان داد که جانبازان PTSD با داشتن زمینه معناگرایی و تکیه بر ارزش های مذهبی و معنویشان در هنگام عود مشکلات مربوط به جانبازی با تمسک معنوی می توانستند مداخله موثر نمایند که منجر به بهبود حال جسمی و روحی روانی شان می‌گردید. در تایید یافته‌های مطالعه ما، در یک مطالعه متاآنالیز در مورد روش‌های مقابله مذهبی در انطباق با حوادث تروماتیک دریافتند که مقابله مذهبی مثبت سبب ایجاد برایندهای روانشناختی بهتری از قبیل پذیرش، امیدواری، رشد مذهبی و رشد مثبت پس از تروما می‌گردد و برعکس مقابله مذهبی منفی با برایندهای روانشناختی سویی همراه می باشد(۴۸).

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم شرکت زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ به علت در دسترس نبودن آنان بود. محدودیت دیگر این مطالعه، شرایط روحی روانی جانبازان مشارکت کننده بود که ممکن بود بر روند مصاحبه و پاسخگویی شان اثر گذار باشد که سعی گردید با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

جو دوستانه و جلب اعتماد این محدودیت تا حدودی کنترل شود.

در مجموع در این پژوهش راهبردهای مراقبت از خود جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ به تصویر کشیده شد. نتایج حاکی از آن است که راهبرد مراقبت از خود این گروه از جانبازان می تواند با توجه به عوامل و شرایط ساختاری و زمینه‌ای می توانست متفاوت باشد. جانبازان با استفاده از انواع راهبردهای مقابله ای کارآمد و ناکارآمد سعی داشتند تا یکپارچگی و انسجام وجودی شان را بازسازی نمایند. منابع حمایتی (خانواده، اجتماع و سازمان) می توانند با مداخله مناسب تسهیل کننده روند خود مراقبتی این گروه از جانبازان در جهت کاربرد راهبردهای مقابله سازگارشان ایفای نقش نمایند.

تعارض منافع

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) انجام شده است و هیچگونه تضاد منافعی در آن وجود ندارد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل بخشی از رساله دکتری پرستاری است. بدین وسیله از هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) و مسوولین و دست اندرکاران بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران بزرگ و همه مشارکت کنندگان این پژوهش اعم از جانبازان و همسران محترم آنان و کادر درمان و مراقبت کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References

1. ZoghiPaydar M, Sohrabiasmerood F, Yaghoobi A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on post-traumatic stress disorder and depression in veterans.Journal of motaleate zan va khanevadeh 2014; 1(1): 99-118 (Persian).
2. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5). Tehran: Arjmand; 2013. (Persian).
3. Grinage BD. What You Should Know About Post-traumatic Stress Disorder. Am Fam Physician 2003; 68(12): 2409.
4. Moradi A, Salimi M ,Fathi-Ashtiani A. Memory performance among Iranian veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Behavioral Sciences 2011;4(4): 269-276 (Persian).
5. Koenen KC, Stellman SD, Sommer JF, Stellman JM. Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14 year follow up. J Trauma Stress 2008; 21(1): 49-57.
6. Donyavi V SF, Rouhani SM, Hosseini SR, Kazemi J, Arghanoun S, et al. The prevalence of ptsd in conscript and official staff of earth force in tehran during 2005-6. J Army Univ Med Sci I R Iran. 2007; 5(1): 1121-1125 (Persian).
7. Walter KH, Palmieri PA, Gunstad J. More than symptom reduction: Changes in executive function over the course of PTSD treatment. J Trauma Stress 2010; 23(2): 292-295.
8. Ouimette P, Cronkite R, Henson BR, Prins A, Gima K, Moos RH. Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. J Trauma Stress 2004; 17(1): 1-9.
9. Imani S, Atefvahid MK, Asgharnejad FA. Quality of life in war veterans suffering from chronic Ptsd in comparison with other veterans. Journal of clinical psychology Andishe & Raftar 2012; 7(25): 47-56 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

10. Webber D ,Guo Z, Mann S. Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? SelfCare Journal 2013; 4(5): 101-106.
11. The National Center for PTSD. Self-care following trauma-hidden hurt. 2015. Available from:Http://www.hiddenhurt.co.uk/self-care_following_trauma.html. Accessed May 2, 2018.
12. Post-Traumatic Stress Disorder [Internet]. 2014. Available from: http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/post-traumatic-stress-disorder. Accessed May 2, 2018.
13. Sayer NA, Friedemann-Sanchez G, Spoont M, Murdoch M, Parker LE, Chiros C, et al. A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. Psychiatry 2009; 72(3): 238-255.
14. Sirati-Nir M, Ebadi A, Fallahi-Khoshknab M, Tavallae A. Spiritual experiences of war veterans who suffer from combat-related post-traumatic stress disorder: a qualitative study. J Relig Health 2013; 52(3): 719-729.
15. Ebadi M, Azami S, Shafighi S. Post Traumatic Stress Disorder. Journal of Army Nursing Faculty of the IR. 2013; 12(2): 68-77.
16. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3thed. Los Angeles, Sage; 2008.
17. Ahmadizadeh MJ, Ahmadi Kh, Anisi J. Effectiveness of Problem Solving and Prolonged Exposure Therapy and Combined Method on Adjustment in War-Related Post Traumatic Stress Disorder. Iranian Journal of Military Medicine 2012; 14(3): 181-190.
18. Nemati S, Saeedi-moghaddam M, Pirzadi H. Psychological consequences of the Iraq war against Iran. Journal of Defae Moghaddas 2013; 1(2): 81-95.
19. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. Psychol Trauma 2008; S(1): 86-100.
20. Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. Sociol Health Illn 1994; 16(1): 103-121.
21. Khalili R, Nir MS, Khoshknab MF, Mahmoudi H, Ebadi A. Explanation of the Factors Facilitating Self-Care Among Iranians' Veterans with Chronic Post-Traumatic Stress Disorder: A Qualitative Study. Iran J Psychiatry Behav Sci 2018; 12(4):e13868.
22. Hasanović M, Pajević I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity Psychiatr Danub 2010; 22(2): 203-210.
23. Currier JM, Drescher KD, Holland JM, Lisman R, Foy DW. Spirituality, forgiveness, and quality of life: Testing a mediational model with military veterans with PTSD. Int J Psychol Relig 2016; 26(2): 167-179.
24. Speros C. Health literacy: concept analysis. J Adv Nurs 2005; 50(6): 633-640.
25. Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. J Affect Disord 2013; 149(1): 247-252.
26. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med 2002; 34(5): 383-389.
27. Monson CM, Taft CT, Fredman SJ. Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. Clin Psychol Rev 2009; 29(8): 707-714.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

28. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A ,Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv 2001; 52(7): 903-910.
29. Falloon IR, Roncone R, Held T, Coverdale JH, Laidlaw TM. An international overview of family interventions: Developing effective treatment strategies and measuring their benefits for patients, carers, and communities. In: Lefley HP, Johnson DL (ed). Family interventions in mental illness: International perspectives. Westport, CT, US: Praeger Pub/ Greenwood Publishing Group. 2002. p. 3-23
30. Batten SV, Drapalski AL, Decker ML, DeViva JC, Morris LJ, Mann MA, et al. Veteran interest in family involvement in PTSD treatment. Psychol Serv 2009; 6(3): 184-189.
31. Koenen KC, Stellman JM, Stellman SD, Sommer Jr JF. Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires. J Consult Clin Psychol 2003; 71(6): 980-986.
32. Dalgleish T, Joseph S, Thrasher S, Tranah T, Yule W. Crisis support following the Herald of freeenterprise disaster: A longitudinal perspective. J Trauma Stress 1996; 9(4): 833-845.
33. Khalili R, Sirati Nir M, Fallahi khoshknab M, Mahmoudi Ho, Ebadi A. Explanation of the Self-Care Barrier Factors in Veterans with Chronic Post-Traumatic Stress Disorder Caused by War: A Qualitative Study. Journal of Military Medicine 2018; 20(5): 527-537.
34. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Lewis G. The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. Int Rev Psychiatry 2003; 15(1-2): 123-128.
35. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Vilagut G, Martinez M, Bonnewyn A, De Graaf R, et al. The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective. Can J Psychiatry 2008; 53(10): 679-688.
36. Mommersteeg PM, Denollet J, Kavelaars A, Geuze E, Vermetten E ,Heijnen CJ. Type D personality, temperament, and mental health in military personnel awaiting deployment. Int J Behav Med 2011; 18(2): 131-138.
37. Burstein A. Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. Psychosomatics 1986; 27(1): 37-40.
38. Spoont M, Sayer N, Nelson DB. PTSD and treatment adherence: the role of health beliefs. J Nerv Ment Dis 2005; 193(8): 515-522.
39. Dunlop BW, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008; 10(3): 222-228.
40. Shabani A. Post-traumatic stress disorder in Iran research literature. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2010; 15(4): 323-326.
41. Zenozian S, Gharai B, Yazdandoost R. Efficacy of Problem Solving Training in Changing Coping Strategies of University Students. Journal Management System 2010; 5(20): 83-101 (Persian).
42. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal. and coping. New York: Springer; 1984.
43. Seaward BL. Managing stress: Principles and strategies for health and Well -Being. 9thed. Massachusetts. Jones & Bartlett Pub; 1999.
44. Olff M, Langeland W, Gersons BP. The psychobiology of PTSD: coping with trauma. Psychoneuroendocrinology 2005; 30(10): 974-982.
45. Tiet QQ, Rosen C, Cavella S, Moos RH,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

Finney JW, Yesavage J. Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2006; 19(6): 799-811.

46. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 2003; 129(1): 52-73.

47. Mihaljević S, Aukst-Margetić B, Vuksan-Ćusa B, Koić E, Milošević M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. Psychiatr Danub 2012; 24(3): 292-297.

48. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta analysis. J Clin Psychol 2005; 61(4): 461-480.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-02]