

رویدادهای استرس زای زندگی و راهبردهای مقابله ای در ظهور مجدد اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان - کرمانشاه - ۱۳۸۹

محمدحکمی^۱، فائزه السادات ضیاء ضیابری^۲، محمد عسگری^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین راهبردهای مقابله ای برای رویارویی با رویدادهای استرس زای زندگی در جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در شهرستان کرمانشاه بود. برای این منظور، از بین جانبازانی که در سال ۱۳۸۹ در شهرستان کرمانشاه زندگی می کردند، تعداد ۶۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شد. ۳۰ نفر از این افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و ۳۰ دیگر فاقد اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بودند. روش پژوهش به شیوه علی - مقایسه ای بود. برای هر دو گروه آزمون رویدادهای استرس زای زندگی پیکل، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای بلینگز و موس، و فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL) اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) ضریب همبستگی پیرسون و آزمون

۱ - استادیار، دانشکده روان شناسی دانشگاه آزاداسلامی - واحد کرج، ایمیل: mohammadhakami@yahoo.com

۲ - کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی - واحد اراک.

۳ - استادیار، دانشگاه آزاداسلامی - واحد ملایر.

T نشان داد که: بین روش مقابله ای مسئله مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه تفاوت معنی دار وجود ندارد، اما روش مقابله ای هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین خطرناک ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و روش مقابله ای هیجان مدار رابطه مثبت معنی داری مشاهده شد، اما بی خطر ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله ای مسئله مدار رابطه مثبت معنی داری مشاهده نشد.

واژه های کلیدی:

اختلال استرس پس از ضربه، راهبرد مقابله ای مسئله مدار، راهبرد مقابله ای هیجان مدار، رویدادهای استرس زای زندگی.



■ مقدمه

انسانها برای آن که به روش بهنجاری به کار و کوشش بپردازند بایستی کمی فشارروانی احساس کنند. برانگیختگی هیجانی ملایم، آدمی را در جریان اجرای کاری که برعهده دارد هشیار نگه می دارد. هنگامی که مدت های درازی زندگی انسانها با سکوت و آرامش همراه می شود، آنان احساس کسالت کرده در پی چیزهای هیجان انگیز می روند؛ به مشاهده فیلم های پلیسی، بازی تنیس و یا مراوده با دیگران رو می کنند. فقدان تحریک عادی برای مدتی بیش از یک دوره کوتاه، می تواند هم بسیار نا راحت کننده باشد و هم اثرات ژرفی بر رفتار بگذارد. به نظر می رسد برای آن که دستگاه عصبی درست کار کند بایستی میزان معینی تحریک به آن وارد شود. اما در عین حال، فشار روانی شدید یا طولانی دارای اثرات آسیب زای فیزیولوژیایی و روان شناختی است (اتکینسون^۱ و هیلگارد^۲، ۱۹۸۳، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۷۸).

این مبحث در ارتباط با چگونگی برخورد با چالش و ضربه در زندگی است. در ارتباط با "حفظ ایمان"، کنترل ترس، خصومت، شک، ناکامی و غمگینی است. هدف این مبحث آموزش تعدادی از مهارت های مقابله ای مفید است که شما می توانید هنگامی که با چالش های زندگی روبرو می شوید بر آن تکیه کنید. شما می توانید طرحی برای بقا و ادامه زندگی خود ارائه دهید. اگر شما نگرش های مقابله ای را در زندگی خود به کار می برید، به احتمال زیاد توانایی های فردی شما پیشرفت خواهد کرد. شما می توانید زندگی خود را به وسیله آموختن مهارت های جدید و تاکید بر چالش های با معنای زندگی دوست داشتنی کنید. ولی برای انجام این کار در مرحله اول باید بدانید مقابله به چه معنا است و فرایندهای مقابله ای چگونه عمل می کنند. بهترین مرحله برای شروع این کار فرایندهای ارزیابی است. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو

1- Atkinson
2- Hilgard

نوع ارزیابی را تعریف کرده اند: ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه. ارزیابی اولیه هنگامی است که ما با چالش ها یا استرس های ناشناخته مواجه می شویم، اول باید مشخص کنیم که آیا در مرحله خطرناک هستیم یا نه؟ باید از خود پرسیم که آیا این مسائل ارزش آن را دارند که برای آنها نگران شویم. ارزیابی ثانویه: این نوع از ارزیابی به مهم تلقی کردن سلامت روانی به اندازه سلامت جسمانی مربوط می شود. اگر ما این طور تشخیص بدهیم که در خطر هستیم، از خود می پرسیم آیا کاری هست بتوانیم آن را انجام دهیم و اگر هست آن کارها چیستند؟ این چیزی است که ما آن را ارزیابی ثانویه می نامیم.

در مرحله بعد به تعریف خود مقابله می پردازیم مقابله می تواند به عنوان تلاش ما برای کنترل موقعیت هایی که ما آنها را پر استرس ارزیابی می کنیم، تعریف شود. این تعریف از مقابله با تعریف لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، مطابقت داشته و دارای سه ویژگی کلیدی است.

بیان می دارد که مقابله از مقداری تلاش و برنامه ریزی تشکیل شده است.

فرض نمی کند که پیامد پاسخ های مقابله ای همیشه مثبت خواهد بود.

تاکید می کند که فرایند مقابله همیشه جذاب و لذت بخش است.

این ویژگی ها در تعریف مقابله مهم هستند، زیرا آنها به ما اجازه می دهند سبک ها و راهبردهای مختلف مقابله را تعریف کنیم و ارزیابی کنیم که در موقعیت های مختلف عمل کردن به کدام یک از آنها بهتر است (کلینک، ۱۹۹۸).

اختلال استرس پس از سانحه ممکن است به دنبال مواجهه با هر حادثه روان شناختی که "خارج از دامنه تجربیات معمول فرد است"، اتفاق افتد الگوی نظریات یادگیری بیان داشته اند که الگوی اختلال استرس پس از سانحه در دامنه ای از شرطی

سازی کلاسیک و عامل اتفاق افتاده اند. حوادث آسیب زای شدید به عنوان محرکات غیر شرطی آسیب زا سبب ابتلا فرد به شدیدترین تنش ها می شوند. فرایند شرطی سازی گذر محرکات طبیعی همراه با حوادث آسیب زا به محرکات شرطی شده ای است که از این طریق سبب فراخوانی واکنش های اضطرابی می شوند. این مسئله ما را به اجتناب از محرکات شرطی شده هدایت می کند. رفتار درمانی در اختلال استرس پس از سانحه به طور معمول از بعضی اشکال مواجهه یا کنترل استرس تشکیل شده است. مواجهه می تواند در تصور، در بیمارانی که تمام انواع تصورات بیزارکننده را تا هنگامی که مکان راترک نکرده اند، در مواجهه واقعی نشان داده شود (برگن^۱ و گارفیلد^۲، ۱۹۹۴).

جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) شهرستان کرمانشاه است که در سال ۱۳۸۹ در شهرستان کرمانشاه زندگی می کنند.

نمونه آماری و روش نمونه گیری: نمونه این تحقیق مشتمل بر ۶۰ جانباز (۳۰ جانباز دارای اختلال استرس پس از ضربه و ۳۰ جانباز فاقد اختلال استرس پس از ضربه) از جامعه مذکور می باشد که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده گردید. در این پژوهش از نمونه گیری تصادفی ساده استفاده گردید. پژوهشگر لیست اسامی جانبازان را از طریق بنیاد شهید تهیه کرده، به هریک از این افراد یک کد داده و سپس با استفاده از جدول تصادفی ساده تعداد ۶۰ نفر از این افراد را انتخاب نمود.

ابزار اندازه گیری: در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است. پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی، پرسشنامه

1- Bergin
2- Garfield

راهبردهای مقابله ای، و پرسشنامه فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL). پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی: این پرسشنامه با عنوان پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی (CIEI)، در سال ۱۹۷۱ توسط پیکل ساخته شد و به ارزیابی میزان حوادث استرس زای زندگی افراد می پردازد. این پرسشنامه توسط انستیتو روان پزشکی ایران به فارسی ترجمه شده است. آزمون حاوی ۶۱ سؤال است و آزمودنی باید رویدادهایی را که خودش به طور شخصی تجربه کرده است علامت بزند، و سپس شدت ناراحتی و میزان فشارروانی خود را در زمان آن رویداد تعیین کند.

نحوه نمره دهی: در این روش دو نمره برای هر آزمودنی به دست می آید: ۱- نمره مربوط به حوادث فشار زا در طول دو سال گذشته و قبل از آن که در صورت وجود هر عامل نمره یک و به پاسخ خیر نمره صفر تعلق می گیرد. در نتیجه تعداد رویدادها در هر فرد بین صفر تا ۶۱ متغیر است. ۲- نمره مربوط به میزان استرس های وارده که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد، به شدت) افراد مورد مطالعه شدت فشارزا بودن هر رویداد را در ۵ گزینه فوق مشخص می نماید. برای هر پاسخ نمرات بین صفر تا ۴ در نظر گرفته شده است. بنابراین دامنه تغییرات نمره بین صفر تا ۲۴۴ است.

پایایی باز آزمون: پایایی باز آزمون از طریق دوباره سنجی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری برای رویدادهای زندگی ۰/۷۹ و برای استرس زا بودن ۰/۸۲ به دست آمد. پورشهباز (۱۳۷۲). رابطه بین تعداد استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون را مورد بررسی قرار داد. او ضریب پایایی ۰/۷۸ را برای رویدادها و ۰/۸۲ را برای استرس زا بودن آنها به دست آورد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای: این پرسشنامه به عنوان پرسشنامه راهبردهای مقابله ای (CRI)، در سال ۱۹۸۱ توسط بلینگز و موس ساخته شد که به ارزیابی پاسخ های

مقابله ای که به (شناختی فعال - رفتاری، اجتنابی) تقسیم شده / پاسخ های مقابله ای متمرکز بر حل مسئله ۱۱ عبارت و پاسخ های مقابله ای متمرکز بر هیجان ۸ عبارت هستند و سئوالات به بررسی حل مسئله، ارزیابی شناختی، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و مهار جسمانی می پردازد.

نحوه نمره دهی: در این پرسشنامه آزمودنی مقیاس چهار نقطه ای لیکرت را علامت گذاری می کند و برحسب این انتخاب نمره های بین ۰ تا ۳ به پاسخ وی تعلق می گیرد. حداکثر نمره ای که آزمودنی در این مقیاس می گیرد ۵۷ بوده، شامل حداکثر ۳۳ نمره از گزینه های مربوط به شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله و حداکثر ۲۴ نمره از گزینه های مربوط به شیوه مقابله متمرکز بر هیجان می باشد. در این پرسشنامه ۵ نمره بر ای آزمودنی مشخص می شود: (۱) نمره پاسخ های مقابله ای شناختی فعال، (۲) نمره پاسخ های مقابله رفتاری فعال، (۳) نمره پاسخ های مقابله اجتنابی، (۴) نمره پاسخ های مقابله متمرکز بر مسئله، (۵) نمره پاسخ های مقابله متمرکز بر هیجان.

پایایی کرونباخ: در فرم ۱۹ ماده ای، همسانی درونی برای هر خرده مقیاس از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. در فرم اصلی (۳۱ ماده ای، همسانی درونی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ را ذکر کرده اند.

پایایی بازآزمایی آزمون: عنایتیان (۱۳۷۸)، به بررسی نگرش های نوعی، نحوه ارزیابی وقایع فشار زا و تدابیر مقابله ای در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی و زخم های گوارشی پرداخت. وی روایی و پایایی آزمون و باز آزمون را دو هفته بعد ($r = 0/93$)، به دست آورد (آنا ستازی، ترجمه براهنی به نقل از لایقی، ۱۳۷۶).

ضرایب پایایی پرسشنامه راهبردهای مقابله ای در تحقیق حاضر

ضرایب پایایی		شاخص آماری مقیاس
تصنيف	آلفای کرونباخ	
۰/۶۱	۰/۸۰	راهبردهای مقابله ای
۰/۶۷	۰/۶۹	روش مقابله ای مسئله مدار
۰/۷۹	۰/۸۳	روش مقابله ای هیجان مدار

پرسشنامه فهرست اختلال استرس پس از ضربه: فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL) یک مقیاس خود گزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می رود. مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه بودن آن است. زمان اجرا به طور تقریبی ۱۰ دقیقه است. محدودیت این فهرست این است که فقط بر روی نیروهای نظامی اعتبار یابی شده است. این فهرست به وسیله (وددرز، لیتز هرمن، هوسکا و کین، ۱۹۹۴) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال پس از ضربه آمریکا تهیه شده و شامل ۱۷ ماده است، که ۵ ماده آن مربوط به علائم نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک، ۷ ماده مربوط به علائم و نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب. ۵ ماده مربوط به علائم و نشانه های برانگیختگی شدید.

نحوه نمره دهی: این فهرست به دو روش نمره گذاری می شود. جمع نمرات از محدوده نمره (۱۷-۸۵) که می تواند از طریق جمع نمرات عبارات ۱۷ گانه براساس مقیاس لیکرت به دست می آید. نمره برش برای تشخیص PTSD نمره ۵۰ در نمونه های مربوط به نیروی نظامی تعیین شده و فقط برای نظامیان اعتبار یابی شده است.

اصلا = ۱، خیلی کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، از نوع علی پس از وقوع است. هدف از این طرح یافتن علت های احتمالی یک الگوی رفتاری است. این روش را غالباً پس رویدادی نیز می نامند، زیرا اشاره به مواردی دارد که در آنها علت از پیش رخ داده است و مطالعه آن در حال حاضر از طریق اثری که بر متغیر دیگر گذاشته، صورت می گیرد. در علوم رفتاری به این دلیل از این طرح استفاده می شود که محقق بسیاری از روابطی را که علاقمند به مطالعه و بررسی آنها می باشد، نمی تواند کنترل و دستکاری نماید. در تحقیق حاضر، محقق به مقایسه روش های مقابله ای مسئله مدار، هیجان مدار و رویدادهای استرس زای زندگی جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) شهرستان کرمانشاه می پردازد. روش اجرا: پس از مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولین ذیربط، طبق برنامه ریزی قبلی، محقق پس از برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی ها راجع به پرسشنامه ها و دلایل انتخاب آنها در نمونه، توضیحات لازم از سوی محقق راجع نحوه تکمیل پرسشنامه ها ارائه گردیده و آزمودنی ها پس از تکمیل پرسشنامه ها آنها را به محقق ارجاع دادند. سعی شده است فضایی به وجود آید که آزمودنی ها به صورت واقعی و به دور از هر گونه اضطراب و تشویشی پاسخ دهند. در خاتمه از همکاری جانبازان تقدیر و تشکر به عمل آمد.

روش تحلیل داده ها: به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق از روشهای آماری زیر استفاده شده است ۱- روشهای آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار. ۲- تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا)، ۳- ضریب همبستگی پیرسون، ۴- روش های آلفای کرونباخ و تنصیف جهت محاسبه ضرایب پایایی. برای انجام تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار کامپیوتری spss نسخه هفدهم استفاده شده است. ضمناً سطح معنی داری در این تحقیق، $\alpha = 0/05$ تعیین شده است.

یافته های پژوهش

فرضیه اول: بین روش مقابله ای مسئله مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) تفاوت وجود دارد.

جدول ۱: نتایج آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات روش مقابله ای مسئله مدار جانبازان واجد و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)

متغیر	گروه	\bar{x}	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	(p)
روش مقابله ای مسئله مدار	جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)	۳۰	۱۸/۹۰	۵/۸۳	۵۸	۰/۱۱۴	۰/۹۰۹
	جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)	۳۰	۱۸/۷۳	۵/۴۳			

جدول ۱ میانگین نمرات روشهای مقابله ای جانبازان واجد و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. برای آزمون این فرضیه از روش های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و روش آمار استنباطی T گروه های مستقل استفاده شده است.

همان طوری که در جدول ۱ ملاحظه می شود بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از لحاظ روش مقابله ای مسئله مدار تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P=0/909$ و $t=0/114$). بنابراین فرضیه اول تأیید نمی گردد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین ها، جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه

(PTSD) از روش مقابله ای مسئله مدار تقریباً یکسانی برخوردارند. لونرکلوم (۱۹۹۰)، به نقل از پایپری (۱۳۷۶)، روش درمان حمایتی را با آموزش حل مسئله در درمان افسردگی مقایسه کردند و به این نتیجه رسیدند که درمان به شیوه مسئله مدار نسبت به درمان حمایتی برای کاهش افسردگی و ناامیدی تأثیرات بیشتری داشته است.

فرضیه دوم: بین روش مقابله ای هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات روش مقابله ای هیجان مدار جانبازان واجد و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)

متغیر	گروه	$\frac{\sum X}{n}$	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	(p)
روش مقابله ای هیجان مدار	جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)	۳۰	۳۷/۷۷	۹/۴۲	۵۸	۴/۹۱	۰/۰۰۰۱
	جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)	۳۰	۲۶/۷۲	۷/۹۷			

جدول ۲ میانگین نمرات روشهای مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار جانبازان واجد و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. برای آزمون این فرضیه از آزمون T گروه های مستقل استفاده شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از لحاظ روش مقابله ای هیجان مدار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۴/۱۰$). به عبارت

دیگر، با توجه به میانگین ها، جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) نسبت به جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از روش مقابله ای هیجان مدار بیشتری برخوردارند. بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد. کومان، اسپینهادن، تریجسبورگ و روجمانز (۱۹۹۸): به نقل از باپیری، (۱۳۷۶) یافتند که افرادی که به شدت دچار اختلال الکسی تایمی هستند از شیوه های دفاعی نارس و رشد نیافته استفاده می کنند (هیجان مدار) و رابطه مثبت و معناداری بین این مکانیزم های مورد استفاده آنها و شیوه های روان نژدانه وجود دارد.

فرضیه سوم: بین بی خطر ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله ای مسئله مدار جانبازان رابطه وجود دارد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی ساده ارزیابی بی خطر رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله ای مسئله مدار جانبازان

متغیر	شاخص آماری متغیر	ضریب همبستگی (r)	(p)	تعداد نمونه (n)
ارزیابی بی خطر رویدادهای استرس زای زندگی	استفاده از روش مقابله ای مسئله مدار	۰/۰۴	۰/۷۴۸	۶۰

جدول ۳ بی خطر ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و روش مقابله ای مسئله مدار را در جانبازان واجد و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) در گروه آزمایش و کنترل رانشان می دهد. برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است بین ارزیابی بی خطر رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله ای مسئله مدار جانبازان رابطه مثبت

ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی جانبازان، استفاده آنان از روش مقابله ای هیجان مدار نیز افزایش یافته است. بنابراین فرضیه چهارم تایید می گردد. استون، ریدونیل (۱۹۸۷) یافتند که ۳ یا ۴ روز قبل از شروع عفونت های تنفسی، با استفاده از راهبرد مقابله ای هیجان مدار، کاهش معناداری در رویدادهای مطلوب زندگی رخ میدهد و رویدادهای استرس زای زندگی (نامطلوب) در حد معناداری ۴ یا ۵ روز قبل از بیماری افزایش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

در مجموع با توجه به فرضیات پژوهش نتایج به دست آمده از آنها می توان بیان داشت که هر دو نوع روش مقابله ای که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته اند در جای خود مفید و مناسب هستند اگر امکان تغییر وجود داشته باشد روش مسئله مدار و اگر امکان تغییر وجود نداشته باشد روش هیجان مدار بهترین کارایی را دارد چراکه فرد با عواطف و احساسات خود درگیر مسئله شده و مشکلات خویش را حل می نماید. از آنجا که مشکلات جانبازان از نوع مسایلی است که امکان تغییر با بهبودی در آنها وجود ندارد، بنابراین استفاده از روش مقابله ای هیجان مدار بهترین راه برای تسکین آلام آنهاست در پژوهش حاضر نیز با توجه به نتایج به دست آمده از فرضیات پژوهش و پژوهشهای انجام شده در گذشته یافته ها بیانگر این بودند که جانبازان بیشتر از روش مقابله ای هیجان مدار برای مقابله با رویدادهای استرس زای زندگی خود و همچنین عوارض ناشی از PTSD خود رفتار می کردند، این امر گویای این است که جانبازان خود به طور ناهشیار دریافته اند که برای این که زندگی راحت تری داشته باشند کمتر احساس غرابت و بیگانگی با سایرین کرده یا کمتر نقص عضو خود را در نظر آورده و آن را منشاء ناتوانی های احتمالی خود بدانند با هیجانات خود مسئله درگیر می شوند، به این

معنا که به مفهومی آدلری پناه می برند و سعی می کنند از این نقص به عنوان نقص یاد نکنند بلکه آن را به منزله سکویی برای پرش در نظر گرفته جنبه های مثبت را در نظر گیرند بیابند که هنوز زنده اند و قادر به تنفس، قادر بقیه دیدن و یا شنیدن و لذت بردن از مواهب زندگی، قادر هستند که در کنار فرزندان و همسر خویش باشند و حتی می توانند اشتغال نیز داشته به مخارج خود و خانواده شان کمک کنند.

جانبازان مورد بحث در این پژوهش از این روشهای هیجان مدار استفاده می کردند و بنابراین تا حد امکان علائم PTSD خود را کاهش میدادند، البته بودند جانبازانی که هنوز به PTSD مبتلا بودند اما با این حال جانبازان مذکور تفاوتهایی چند داشتند

۱- جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) ۳۳/۳٪ در زمان اجرای پژوهش از نظر سن در محدوده ۴۶ تا ۵۵ سال قرار داشتند، در حالی که جانبازان فاقد اختلال در زمان انجام پژوهش بیشتر در محدوده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال قرار داشتند (۴۳/۴٪).

۲- جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه PTSD اکثراً تحصیلاتی در حد متوسطه داشتند، ۳۶/۷٪ و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه نیز تحصیلاتی در حد متوسطه داشتند، ۴۶/۷٪ با این تفاوت که میزان تحصیل کرده ها در جانبازان فاقد اختلال بیش از جانبازان مبتلا بود.

۳- جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه PTSD، ۹۳/۳٪ متأهل هستند و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه PTSD، ۱۰۰٪ یعنی همه افراد مورد پژوهش متأهل می باشند.

۴- جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه PTSD، ۸۶/۷٪ کارمند هستند و ۱۳/۳٪ آنها مشاغل آزاد دارند، در گروه جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه PTSD نیز ۸۳/۳٪ کارمند و ۱۶/۷٪ دارای مشاغل آزاد می باشند.

۵- جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه PTSD، ۴۶/۷٪ آنها یک مرتبه مجروح شده اند و ۱۰٪ آنها ۵ مرتبه (که بالاترین میزان موارد مجروحیت در پژوهش بود) مجروح شده اند. در گروه جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه PTSD نیز بیشترین فراوانی را افرادی با یک بار مجروحیت ۴۶/۷٪ و کمترین فراوانی را افرادی با ۴/۶٪، ۴ بار مجروحیت به خود اختصاص می دهند.

۶- جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه PTSD، ۳۳/۳٪ آنها جانبازی زیر ۲۴٪ بیشترین فراوانی و ۶/۷٪ آنها درصد جانبازی شانین ۳۵-۴۴٪ است، در گروه جانبازان فاقد اختلال پس از ضربه PTSD جانبازان ۵۵٪ به بالا با فراوانی ۲۶/۷٪ بیشترین فراوانی و جانبازان بین ۳۵ تا ۴۴٪ کمترین فراوانی این گروه را به خود اختصاص داده اند.

۷- جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه PTSD در زمان مجروحیت ۴۰٪ زیر ۲۰ سال سن داشتند با بیشترین فراوانی و ۳/۳٪ از آنها ۳۶ سال به بالا سن داشتند، در گروه جانبازان فاقد اختلال پس از ضربه (PTSD) نیز بیشترین فراوانی را جانبازان زیر ۲۰ سال ۵۰٪ به خود اختصاص دادند و کمترین فراوانی را جانبازان ۳۱ تا ۳۵ ساله و ۳۶ سال به بالا هردو با فراوانی یکسان ۶/۷٪ به خود اختصاص دادند.

به بیان ساده تر: بین خطرناک ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و روش مقابله ای هیجان مدار، ظهور مجدد PTSD، سن بالا در زمان اجرای پژوهش و سن بالا در زمان مجروحیت رابطه مثبت و معناداری هست. اما بین مشاغل مختلف، سطوح مختلف تحصیلات، مجرد و تاهل، موارد مختلف مجروحیت؛ راهبرد مقابله و رویدادهای استرس زای زندگی رابطه مثبت و معناداری به دست نیامد. یا بهتر آن است که بگوییم: سن پایین افراد در زمان مجروحیت، استفاده از روش مقابله ای مسئله مدار و درصد بالاتر جانبازی از افراد در برابر اختلال استرس پس از سانحه محافظت می کنند.

منابع

- ۱- اتکینسون، ر. ، اتکینسون، ر. سی. اسمیت، ا. ای. بم، د. جی. ، هرکما، س. ن. (۱۹۸۳). زمینه روانشناسی هیلگارد. مترجمان: براهنی، م. ن. ، بیرشک، ب. ، بیک، م. ، زمانی، ر. ، شهر آرای، م. ، کریمی، ی. ، گاهان، ن. ، محی الدین، م. ، شاملو، س. ، هاشمیان، ک. ۱۳۷۸، جلد ۱ و ۲. تهران: انتشارات رشد.
- ۲- باپیری، ا. ع. (۱۳۷۶). بررسی اثر بخشی روش آموزش گروهی و مهارت حل مسئله در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران.
- ۳- پور شهباز، ع. (۱۳۷۲). رابطه تعداد استرس رویداد های زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران.
- ۴- صادقیان، ع. (۱۳۸۷). رویداد های استرس زا و ارتباط آن با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. مجله پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۵. شماره: ۱. صفحه ۸۱ - ۷۱.
- ۵- عنایتان، ح. (۱۳۸۷). بررسی نگرش های نوعی، نحوه ارزیابی وقایع فشار زا و تدابیر مقابله ای در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی و زخم های گوارشی. پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی انستیتو روان پزشکی تهران.
- 6- Bergin , A. Garfield , D. (1994). HANDBOOK OF PSYCHO THERAPY AND BEHAVI OR CHANGE. (4th ed). New York , Chichester , Toronto Singapore: JOHN willey & Sons , INC.
- 7- KLeinke, C. (1998). COPING WITH LIFE CHALLENGES. London: Brooks / cole publishing's company.