

نقش رویدادهای استرس زای زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در ظهور مجدد PTSD در
جانبازان جنگ تحمیلی شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۸۹

فائزه السادات ضیاء ضیابری * محمد عسگری ** محمد حکمی ***

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین راهبردهای مقابله‌ای 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 می‌کردند، 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 علمی - مقایسه‌ای بود. برای هر دو گروه آزمون رویدادهای استرس زای زندگی پیکل، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بلینگز و موس، و فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) ضریب همبستگی پیرسون و آزمون T نشان داد که: بین روش مقابله‌ای مسئله مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، اما روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین خطرناک ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و روش مقابله‌ای هیجان مدار رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده شد، اما بی خطر ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، رویدادهای استرس زای زندگی، راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار، راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار.

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

** استادیار دانشگاه ملایر

*** عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

مقدمه

انسانها برای آن که به روش بهنجاری به کار و کوشش بپردازند بایستی کمی فشار روانی احساس کنند. برانگیختگی هیجانی ملایم، آدمی را در جریان اجرای کاری که برعهده دارد هشیار نگه می‌دارد. هنگامی که مدت‌های درازی زندگی انسانها با سکوت و آرامش همراه می‌شود، آنان احساس کسالت کرده در پی چیزهای هیجان‌انگیز می‌روند: به مشاهده فیلمهای پلیسی، بازی تنیس و یا مرآوده با دیگران رو می‌کنند. فقدان تحریک عادی برای مدتی بیش از یک دوره کوتاه، می‌تواند هم بسیار ناراحت‌کننده باشد و هم اثرات ژرفی بر رفتار بگذارد. به نظر می‌رسد 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 آسیب‌زای فیزیولوژیایی و روان‌شناختی است (اتکینسون^۱، اتکینسون و هیلگارد^۲، ۱۹۸۳ ترجمه: براهنی، بیرشک، بیگ، زمانی، شهر آرای، کریمی، گاهان، محی‌الدین، ۱۳۷۸).

موجود زنده در جریان استفاده از توانایی‌های خود برای پرداختن به عامل استرس شدید، ممکن است دچار کاهش تحمل برای عوامل استرس‌زای دیگر شود. سلیه^۳ (۱۹۷۶) نشان داد که توالی محرکات آزار دهنده می‌تواند تاثیر مهلکی بر موجودات زنده داشته باشد. به نظر می‌رسد که امکانات کنار آمدن ارگانیزم محدود هستند. سلیه برای این که بفهمد چگونه استرس بر ارگانیزم اثر می‌گذارد، از مفهوم تعادل حیاتی، یا حالت «متعادلی» که وقتی نیازهای زیستی ارگانیزم برآورده شده باشند ایجاد می‌شود، استفاده کرد. وقتی ارگانیزم تحت استرس قرار دارد، از تعادل حیاتی خارج می‌شود. پدیده دیگری که در تاثیر استرس بر ارگانیزم دخالت دارد، انحراف از حالت سکون است^۴، فرایند سازگاری یا دستیابی به ثبات از طریق تغییر. به عنوان مثال، ارگانیزم برای پرداختن به ضروریات عامل استرس‌زا، امکانات بدن را از طریق عمل آدرنالین بسیج می‌کند. تحت شرایط استرس طولانی، این سیستم‌های جسمانی به صورت مداوم فعال می‌شوند - یعنی، وقتی که دیگر نیازی نیست، از فعالیت باز نمی‌ایستند. بسیج مکرر این سیستم‌ها تحت شرایط استرس، بار انحراف از سکون نامیده می‌شود و به فرسودگی بدن می‌انجامد. اگر امکانات بدن پیش از این علیه یک عامل استرس‌زا بسیج شده باشند، کمتر می‌توانند به عوامل استرس‌زای دیگر واکنش نشان دهند. این یافته توضیح می‌دهد که چگونه استرس روان‌شناختی مستمر می‌تواند مقاومت زیستی در برابر بیماری را کاهش دهد. جالب این که استرس طولانی می‌تواند به پاسخ دهی افراطی به عوامل استرس‌زا

۱. Atkinson

۲. Hilgard

۳. Selyeh

۴. Allostasis

منجر شود. به طور کلی، استرس شدید و مستمر در هر سطحی، به کاهش جدیتر توانایی انطباقی ارگانیزم منجر می‌شود (باچر^۱، مینکا^۲ و هولی^۳، ۲۰۰۷؛ ترجمه: سید محمدی، ۱۳۸۷).

بسیاری از پژوهشگران با استفاده از الگوی مکانیستی پزشکی، در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، در صدد برآمدن رابطه‌ای میان ویژگی‌های شخصیتی و بیماری‌های مهلک قلبی - عروقی و سرطان پیدا کنند. با توجه به مدارک و شواهد موجود ارتباطی میان ذهن (افکار منفی) و جسم (نشانه‌های جسمانی) وجود دارد. تحت تأثیر این باور این گونه گفته شد که هرچه سطح استرس بیشتر باشد، امکان بروز بیماری افزایش می‌یابد. محققان از مقیاس رتبه‌ای سازگاری اجتماعی برای اندازه‌گیری استرس استفاده کردند، که تعداد و انواعی از حوادث عمده را که در زندگی افراد طی سال گذشته اتفاق افتاده است می‌سنجد. این مقیاس براساس داده‌ها و اطلاعات بیش از پنج هزار نفر از بیماران در ارتباط با حوادث مختلف زندگی که به نظر می‌رسد مقدم بر بیماری هستند قرار گرفته است. چندین مطالعه به طور تجربی اثبات کرده است که کسانی که حوادث بیشتری را تجربه می‌کنند (قریب الوقوع یا آن چه از گذشته مربوط به آینده است)، احتمال بیشتری هست که بیمار شوند و تصادفات بیشتری را تجربه کنند (هولمز^۴ و ماسودا^۵، ۱۹۷۴؛ به نقل از ساندرسون^۶، ۲۰۰۴).

مطابق با هر دو عامل تحصیلات عمومی و آکادمیک، استرس مناسب به عنوان موضوعی برای مطالعه‌ای که به طور کامل علمی است متداول می‌باشد. در وهله اول تعریف استرس به طور کامل آشکار است، چنان که (شدربرگ^۷، ۱۹۶۷)، پیش از این مشاهده کرد که استرس به نحو چشم‌گیری بر مفاهیم گنگ و مبهم دلالت دارد، اظهار نظری که هم اکنون نیز مقدار کمی از اعتبار خود را از دست داده است. در مرحله بعدی، از طریق روابط فرضی با رفاه روان شناختی و عدم سلامت مزاجی، این مسئله ارتباط بیشتری با استرس پیدا می‌کند (فلتام^۸، ۲۰۰۲).

از طریق راهبردهای مقابله‌ای سازگار، بیماران یاد می‌گیرند که اضطراب خود را کاهش دهند، آنها این کار را به روش‌های مناسب و یا نامناسب انجام می‌دهند. پاسخ‌های مناسب آنها را به طرف سلامتی و سازندگی بیشتر در زندگی هدایت می‌کند. آنها به کارهای داوطلبانه گرایش دارند، رفتارهای هشیارانه‌ای که در پاسخ به موقعیت‌های پر استرس و کمک به بیماران در پیدا کردن راه حل پذیرفته شده‌اند. پاسخ‌های

۱. Butcher

۲. Minka

۳. Hooli

۴. Holmes

۵. Masuda

۶. Sanderson

۷. Soderberg

۸. Feltham

نامناسب به انجام کارهای اجباری گرایش دارند، انعطاف‌ناپذیری نوع اجتنابی حل مسئله است که به سازندگی آسیب می‌رساند. برای این کار پرستاران در آغاز بررسی می‌کنند که بیماران در گذشته از چه راهبردهایی استفاده می‌کرده‌اند و به آنها کمک می‌کنند تا راهبردهایی را که برای آنها مناسبتر است شناسایی کنند و آنها را افزایش دهند. بیماران و پرستاران راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مانند کناره‌گیری اجتماعی و استفاده از الکل را شناسایی کرده و آنها را با راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای فرد بیمار، فرهنگ و ارزش‌های مذهبی وی مقایسه می‌کنند. این فرایند ممکن است مشکل باشد زیرا بیمار ممکن است ترسیده باشد یا از روی بی میلی راهبرد مقابله‌ای موفقیت‌آمیزی را، رها کند. در چنین مواردی بیمار به الکل یا دارو معتاد می‌شود. پرستاران نباید از بیماران بپرسند از کدام مکانیسم مقابله‌ای استفاده می‌کنند، حتی اگر نوع ناسازگار باشد؛ بدون این که راهبرد مقابله‌ای سازگانه‌ای به آنها ارائه کنند. به بیان دیگر درست نیست از بیمار انتظار داشته باشیم که فقط نگرانی‌های خود را از بین ببرد. مانند، وسواس فکری و عملی چک کردن در، یا دیگر روش‌های مقابله‌ای که تلاش می‌کنند با اضطراب مقابله کنند. پرستاران باید برای ارائه پیشنهادات و آموزش راهبردهای مقابله‌ای جدید آماده باشند و از مکانیسم‌های دفاعی سازگانه‌ای که در حال حاضر توسط فرد مورد استفاده واقع می‌شوند حمایت کنند (کاموهر^۱ و فان^۲، ۲۰۰۳).

عده‌ای معتقد هستند که تعریف عینی رویدادها یا موقعیت‌های تنش‌زای روانی ممکن نیست (به عنوان مثال، لازاروس^۳، ۱۹۶۶). آنها بر جنبه‌های شناختی فشار روانی تاکید می‌ورزند؛ یعنی، این که ما چگونه محیط را ادراک یا ارزیابی می‌کنیم، تعیین کننده آن است که آیا محرک تنش‌زا وجود دارد یا خیر. وقتی کسی متوجه می‌شود که خواسته‌های یک موقعیت از توان و منابع موجود او خارج است، دچار فشار روانی می‌گردد. آزمون پایان ترم ممکن است برای یک دانشجو فقط امری چالش‌انگیز محسوب شود، اما برای دانشجوی دیگری که احساس می‌کند آمادگی چنین امتحانی را ندارد بسیار تنش‌زا است (خواه ترس او واقعی باشد یا این که چنین نباشد). مفهوم دیگری که با تفاوت‌های فردی در پاسخ دهی به موقعیت‌های تنش‌زا ارتباط دارد مفهوم کنار آمدن است، یعنی، انسان‌ها چگونه با یک مشکل برخورد می‌کنند، یا هیجانات ناشی از آن را اداره می‌نمایند. حتی میان آن دسته از کسانی که موقعیت را تنش‌زا ارزیابی می‌کنند، عوارض فشار روانی می‌تواند بسته به نحوه کنار آمدن آن فرد با رویداد مزبور فرق کند (دیویسون^۴، نیل^۵ و کرینگ^۶، ۲۰۰۴؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۷).

۱. Khamoher
۲. Funn
۳. Lazarus
۴. Diveson
۵. M-neil
۶. M-kring

یک راهبرد رایج برای کنترل موقعیت‌های چالش‌انگیز تلاش برای مواجهه یا تغییر استرس است، که آن را راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله (مسئله مدار)، می‌نامند و شامل تعدادی از رویکردهای مختلف مانند طلب کردن کمک از دیگران، انجام دادن مستقیم اعمال جذاب و برنامه‌ریزی. راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار بر کنترل اثر هیجان‌ها بر موقعیت‌های پر استرس متمرکز است (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰). این راهبرد ممکن است شامل تعدادی از رویکردهای مختلف مانند ساده فکر نکردن در ارتباط با مشکلات (انکار یا اجتناب)، به همان خوبی خالی کردن خشم در ارتباط با مشکلات نسبت به دیگران (جستجوی حمایت اجتماعی) باشد. بیشتر تحقیقات بیان داشته‌اند که راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار با سازگاری منفی همراه است. به دلیل این که انکار کردن یا تفکرات اجتنابی در ارتباط با مشکلات در عمل، می‌تواند ما را به طرف عدم سلامت جسمانی و روانی هدایت کند (کارور^۱، چیر^۲، وین تراب^۳، فولکمن^۴ و لازاروس، ۱۹۸۰؛ به نقل از ساندرسون، ۲۰۰۴).

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، اختلال استرس پس از سانحه را یک رشته علائم تیبیک که در پی مشاهده یا درگیر شدن یا شنیدن "یک استرس تروماتیک فوق‌العاده"، پدید می‌آید تعریف کرده است. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مرتب زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری شدن اجتناب کند. علائم باید بیش از یک ماه ادامه یابند و در زمینه‌های مهم زندگی شغلی و خانوادگی تداخل یابند. شدت استرس به وجود آورنده اختلال استرس پس از سانحه برای هر فردی شکننده است. ممکن است در جریان جنگ، شکنجه، سوانح طبیعی، تصادفات شدید اتومبیل یا آتش‌سوزی ساختمان پدید آید. شخص سانحه را در خواب یا افکار روزانه تجربه می‌کند؛ از هر چیزی که ممکن است یادآور صحنه باشد می‌پرهیزد؛ و یک حالت انگیزش مفرط عدم پاسخگویی و کرختی پیدا می‌کند؛ سایر علائم عبارتند از افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی مانند عدم تمرکز (کاپلان^۵ و سادوک^۶، ۱۹۹۷؛ ترجمه: پور افکاری، ۱۳۷۹).

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 داشته‌اند که الگوی اختلال استرس پس از سانحه در دامنه‌ای از شرطی‌سازی کلاسیک و عامل اتفاق افتاده‌اند. حوادث آسیب زای شدید به عنوان محرکات غیر شرطی آسیب‌زا سبب ابتلا فرد به شدیدترین تنش‌ها می‌شوند. فرایند

۱. Carrer
۲. Scheier
۳. Weintraub
۴. Flukman
۵. Kaplan
۶. Saduke

شرطی سازی گذر محرکات طبیعی همراه با حوادث آسیب زا به محرکات شرطی شده‌ای است که از این طریق سبب فراخوانی واکنش‌های اضطرابی می‌شوند. این مسئله ما را به اجتناب از محرکات شرطی شده هدایت می‌کند. رفتار درمانی در اختلال استرس پس از سانحه به طور معمول از بعضی اشکال مواجهه یا کنترل استرس تشکیل شده است. مواجهه می‌تواند در تصور، در بیمارانی که تمام انواع تصورات بیزار کننده را تا هنگامی که مکان را ترک نکرده‌اند، در مواجهه واقعی نشان داده شود (برگین^۱ و گارفیلد^۲، ۱۹۹۴).

روش

الف) جامعه آماری پژوهش: جامعه آماری این پژوهش کلیه جانبازانی بودند که در سال ۱۳۸۹ در شهرستان کرمانشاه زندگی می‌کردند.

ب) نمونه و روش نمونه‌گیری: نمونه این پژوهش مشتمل بر ۶۰ جانباز (۳۰ جانباز دارای اختلال استرس پس از ضربه و ۳۰ جانباز فاقد اختلال استرس پس از ضربه)، که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید.

ج) ابزار اندازه‌گیری: در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است.

۱) پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی: پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی (CIEI)، در سال ۱۹۷۱ توسط پیکل ساخته شد و توسط انستیتو روان پزشکی ایران به فارسی ترجمه شده است. ۶۱ سؤال داشته و آزمودنی باید رویدادهایی را که خودش به طور شخصی تجربه کرده است علامت بزند، و سپس شدت ناراحتی و میزان فشار روانی خود را در زمان آن رویداد تعیین کند. در این روش دو نمره برای هر آزمودنی به دست می‌آید. که در صورت وجود هر عامل نمره یک و به پاسخ خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد. در نتیجه تعداد رویدادها در هر فرد بین صفر تا ۶۱ متغییر است و نمره مربوط به میزان استرس‌های وارده که بر اساس مقیاس لیکرت افراد شدت فشارزا بودن هر رویداد را مشخص می‌نماید. برای هر پاسخ نمرات بین صفر تا ۴ در نظر گرفته شده است. بنابراین دامنه تغییرات نمره بین صفر تا ۲۴۴ است. پایایی باز آزمایشی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری برای رویدادهای زندگی ۰/۷۹ و برای استرس زا بودن ۰/۸۲ به دست آمد. پورشهباز (۱۳۷۲)، به بررسی رابطه بین تعداد استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون پرداخت. وی، ضریب پایایی ۰/۷۸ را برای رویدادها و ۰/۸۲ را برای استرس زا بودن آنها به دست آورد. حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶)، کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس، و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب مورد بررسی قرار داد. او ضریب پایایی ۰/۷۲ را برای تعداد رویدادهای

۱. Berrgin

۲. Garfeld

استرس‌زا و ۰/۷۲ را برای میزان فشار روانی تجربه شده به دست آورد. عطار (۱۳۷۵) به بررسی ارتباط بین استرس شغلی یا خشنودی شغلی و سلامت روان پرداخت. او ضریب پایایی را برای تعداد رویدادها ۰/۷۵ و برای استرس‌زا بودن آنها ۰/۸۰ به دست آورد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه رویدادهای مهم زندگی نیز از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۸ می‌باشد، که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه است.

۲) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (CRI)، در سال ۱۹۸۱ توسط بلینگز و موس ساخته شد و پاسخ‌های مقابله‌ای شامل (شناختی فعال - رفتاری، اجتنابی) را ارزیابی کرده، و به بررسی پاسخ‌های مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله و متمرکز بر هیجان می‌پردازد. نمره‌گذاری برحسب مقیاس لیکرت صورت گرفته و برحسب این انتخاب نمره‌های بین ۰ تا ۳ به پاسخ فرد تعلق می‌گیرد. حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در این پرسشنامه می‌گیرد ۵۷ بوده و ۵ نمره برای آزمودنی مشخص می‌شود. در فرم ۱۹ ماده‌ای، همسانی درونی برای هر خرده مقیاس از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. در فرم اصلی ۳۱ ماده‌ای، همسانی درونی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ را ذکر کرده‌اند (بلینگز و موس، ۱۹۸۱). حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶)، کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونر قلب را مورد بررسی قرار داد. در تنظیم مجددی که دوباره به وسیله او صورت گرفت، ضریب پایایی ۰/۷۹ برای نمره کل از طریق باز آزمایی، مقدار پایایی برای مقابله مبتنی بر حل مسئله با سه ماده (۰/۹۰، $r=$ ، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی با ۱۱ ماده (۰/۶۵، $r=$) و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی با ۴ ماده (۰/۹۰، $r=$) به دست آمده است. عنایتیان (۱۳۷۸)، بررسی نگرش‌های نوعی، نحوه ارزیابی وقایع فشارزا و تدابیر مقابله‌ای را در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی و زخم‌های گوارشی را مورد بررسی قرار داد. روایی و پایایی آزمون و باز آزمایی، آزمون را دو هفته بعد (۰/۹۳، $r=$) به دست آورد (آناستازی، ترجمه براهنی به نقل از لایقی، ۱۳۷۶). پایایی با روش تنصیف و تصحیح اسپیرمن - براون برای کل آزمون ۰/۸۴، برای مقیاس حل مسئله ۰/۳۶، مقیاس متمرکز بر هیجان ۰/۷۸ بود.

در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۶۱، که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه است. ضرائب پایایی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱ ضرایب پایایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای در تحقیق حاضر

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

همانطوری که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب پایایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بین

۰/۶۱ تا ۰/۸۳ نوسان دارد.

۳) 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 می‌رود. 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 اعتباریابی شده است. این فهرست به وسیله (ودرز، لیتز هرمن، هوسکا و کین، ۱۹۹۴) براساس 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 نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک، ۷ ماده مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب ۵ ماده مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید. این فهرست به دو روش نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات از محدوده نمره (۸۵-۱۷) که می‌تواند از طریق جمع نمرات عبارات ۱۷ گانه براساس مقیاس لیکرت به دست می‌آید. نمره برش برای تشخیص PTSD نمره ۵۰ در نمونه‌های مربوط به نیروی نظامی تعیین شده و فقط برای نظامیان اعتباریابی شده است. اصلا=۱، خیلی کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵.

دومین روش نمره‌گذاری از معیارهای DSM-IV پیروی می‌کند؛ و آن ترکیبی است از دو رویکرد به این معنا که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B، عبارات (۵-۱) سه نشانه از نشانه‌های ملاک C عبارات (۱۲-۶) و دو نشانه از نشانه‌های ملاک D عبارات (۱۷-۱۳) و جمع این نمرات به عنوان نقطه برش در جمعیت خاص به کار می‌رود. همچنین می‌توان برای ملاک‌های D، C، B نمرات جداگانه‌ای به دست آورد. ودرز و همکاران (۱۹۹۳)، دو مطالعه روی این فهرست انجام دادند. در مطالعه اول ۱۲۳ نفر مرد شرکت کننده در جنگ ویتنام را مورد مطالعه قرار داده بودند، ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۲ را برای نشانگان D، C، B و ضریب ۰/۹۶ را به عنوان ضریب باز آزمایی به فاصله ۲ یا ۳ روز گزارش دادند. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به وسیله گودرزی (۱۳۸۲)

در دانشگاه شیراز با استفاده از داده‌های به دست آمده از اجرای این فهرست بر روی ۱۱۷ نفر از آزمودنیها، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس محاسبه شد. این ضریب برابر ۰/۹۳ بود و حاکی از اعتبار فهرست است همچنین ضریب اعتبار این فهرست با استفاده از روش تصنیف (براساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از اعتبار این فهرست است. به منظور ارائه شاخصی برای روایی این مقیاس، همبستگی آن با فهرست وقایع زندگی محاسبه شد. ضریب همبستگی مذکور برابر (۲=۰/۳۷) بود که حاکی از روایی همزمان مقیاس است. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه فهرست اختلال استرس پس از ضربه نیز از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۷۴، که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه یاد شده می‌باشد.

یافته‌ها: فرضیه اول: بین روش مقابله‌ای مسئله مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) تفاوت وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تی برای گروههای مستقل استفاده شد. جدول ۲ خلاصه نتایج آزمون تی را گزارش می‌کند.

جدول ۲: نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات روش مقابله‌ای مسئله مدار جانبازان واجد و

فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری (p)
روش مقابله‌ای مسئله مدار	دارای اختلال استرس پس از ضربه	۳۰	۱۸/۹۰	۵/۸۳	۵۸	۰/۱۱۴	۰/۹۰۹
	فاقد اختلال استرس پس از ضربه	۳۰	۱۸/۷۳	۵/۴۳			

همان طوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از لحاظ روش مقابله‌ای مسئله مدار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = ۰/۹۰۹$ و $t = ۰/۱۱۴$). به عبارت دیگر، با توجه به میانگین‌ها، جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از روش مقابله‌ای مسئله مدار تقریباً یکسانی برخوردارند. بنابراین فرضیه اول تأیید نمی‌گردد.

فرضیه دوم: بین روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) تفاوت وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. جدول ۳ خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) را گزارش می‌کند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات روش مقابله‌ای مسئله مدار و روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه

(PTSD)

سطح معنی داری	F	DF خطا	DF فرضیه	مقدار	آزمون
۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۵	۵۷	۲	۰/۲۹۴	آزمون اثر پیلاپی
۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۵	۵۷	۲	۰/۷۰۶	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۵	۵۷	۲	۰/۴۱۶	آزمون اثر هتلینگ
۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۵	۵۷	۲	۰/۴۱۶	آزمون بزرگترین ریشه روی

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (روش مقابله‌ای مسئله مدار و روش مقابله‌ای هیجان مدار) تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا، در جدول ۴ ارائه شده است.

بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از لحاظ روش مقابله‌ای هیجان مدار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۰۱$) و $F = ۲۴/۱۰$. به عبارت دیگر، با توجه به میانگینها، جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) نسبت به جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از روش مقابله‌ای هیجان مدار بیشتری برخوردارند. بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا از لحاظ نمرات روش مقابله‌ای مسئله مدار و روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه

(PTSD)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
روش مقابله‌ای مسئله مدار	۰/۴۰۷	۱	۰/۴۰۷	۰/۰۱۳	۰/۹۰۹
روش مقابله‌ای هیجان مدار	۱۸۳۷/۰۶	۱	۱۸۳۷/۰۶	۲۴/۱۰	۰/۰۰۰۱

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از لحاظ روش مقابله‌ای هیجان مدار

تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P = 0/0001$ و $t = 4/91$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین‌ها جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) نسبت به جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از روش مقابله‌ای هیجان مدار بیشتری برخوردارند. فرضیه سوم: بین بی‌خطر ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار جانبازان رابطه وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۵ خلاصه نتایج را گزارش می‌کند.

جدول ۵ ضریب همبستگی ساده بین ارزیابی بی‌خطر رویدادهای استرس زای زندگی

و استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار جانبازان

متغیر	شاخص آماری متغیر	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد نمونه (n)
ارزیابی بی‌خطر رویدادهای استرس زای زندگی	استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار	۰/۰۴	۰/۷۴۸	۶۰

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است بین ارزیابی بی‌خطر رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار جانبازان رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($P = 0/748$ و $r = 0/04$). بنابراین فرضیه سوم تأیید نمی‌گردد.

فرضیه چهارم: بین خطرناک ارزیابی کردن رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان رابطه وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۶ خلاصه نتایج را گزارش می‌کند.

جدول ۶ ضریب همبستگی ساده ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای

هیجان مدار جانبازان

متغیر	شاخص آماری متغیر	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد نمونه (n)
ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی	استفاده از روش مقابله‌ای هیجان مدار	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۶۰

همان طوری که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود بین ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده می‌شود

($P = 0/0001$ و $T = 0/46$). به عبارت دیگر، با افزایش ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی جانبازان، استفاده آنان از روش مقابله‌ای هیجان مدار نیز افزایش یافته است. بنابراین فرضیه چهارم تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات روش مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) سطح معناداری همه آزمونها بیانگر آن هستند که بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته (روش مقابله‌ای مسئله مدار و روش مقابله‌ای هیجان مدار) تفاوت وجود دارد. (روش مقابله‌ای مسئله مدار $P=0/909$ و $F=0/014$) بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از نظر روش مقابله‌ای مسئله مدار تفاوت معناداری وجود ندارد به بیان دیگر با توجه به میانگین‌ها جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از روش‌های مقابله‌ای تقریباً یکسانی برخوردارند. بنابراین فرضیه اول که بیان می‌دارد بین روشهای مقابله‌ای جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) تفاوت وجود دارد تایید نمی‌گردد. نتیجه این فرضیه با مبانی نظری پژوهش و تحقیقات قبلی از جمله: سلطانی امرآبادی (۱۳۸۱)؛ غضنفری و قنبرپور مقدم (۱۳۸۷) و محمدی، ترابی و غرابی (۱۳۸۷) همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیری مانوا نتایج بیانگر آن است که بین جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) و جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از نظر روش مقابله‌ای هیجان مدار تفاوت معناداری وجود دارد. ($P=0/0001$ ، $F=24/10$) به عبارت دیگر با توجه به میانگین‌ها، جانبازان دارای اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، نسبت به جانبازان فاقد اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از روش مقابله‌ای هیجان مدار بیشتری برخوردارند بنابراین فرضیه دوم تأکید می‌گردد. نتیجه این فرضیه با مبانی نظری پژوهش و تحقیقات قبلی از جمله: کومان، اسپینهدان، تریجسبورگ و روجمانز (۱۹۹۸)؛ پارکر تیلور و بگی (۱۹۹۸) همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از ضریب همبستگی پیرسون بین ارزیابی بی خطر رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار در جانبازان رابطه مثبت و معناداری مشاهده نمی‌شود. ($P=0/748$ ، $T=0/04$) بنابراین فرضیه سوم تأیید نگردید. نتیجه این فرضیه با مبانی نظری

پژوهش و تحقیقات قبلی از جمله: حیدریان پور (۱۳۸۵) فتوکیان، غفاری و کیهانیان (۱۳۸۵) همسو نمی‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از ضریب همبستگی پیرسون ملاحظه می‌شود که بین ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی و استفاده از روش مقابله‌ای هیجان مدار جانبازان رابطه مثبت و معناداری مشاهده می‌شود ($T=0/46$ ، $P=0/0001$) به عبارت دیگر با افزایش ارزیابی خطرناک رویدادهای استرس زای زندگی جانبازان استفاده آنان از روش مقابله‌ای هیجان مدار نیز افزایش یافته است، بنابراین فرضیه چهارم تأیید می‌شود. نتیجه این فرضیه با مبانی نظری پژوهش و تحقیقات قبلی از جمله: خلیلیان، حسن زاده و ضرغامی (۱۳۷۸) همسو می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز با توجه به نتایج به دست آمده از فرضیات پژوهش و پژوهشهای انجام شده در گذشته یافته‌ها بیانگر این بودند که استفاده از روش مقابله‌ای مسئله مدار بهترین راه برای تسکین آلام جانبازان است. این افراد بیشتر از راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار برای مقابله با رویدادهای استرس زای زندگی خود و همچنین عوارض ناشی از PTSD خویش رفتار می‌کردند، این امر گویای این است که جانبازان خود به طور ناهشیار دریافته‌اند که برای این که زندگی راحت‌تری داشته باشند کمتر احساس غرابت و بیگانگی با سایرین کرده یا کمتر نقص عضو خود را در نظر آورده و آن را منشاء ناتوانی‌های احتمالی خود بدانند با عقل و منطق خود با مسئله درگیر می‌شوند، به این معنا که به مفهومی آدلری پناه می‌برند و سعی می‌کنند از این نقص به عنوان ناتوانی یاد نکرده بلکه آن را به منزله سکویی برای پرش در نظر گرفته جنبه‌های مثبت را در نظر گیرند بیابند که هنوز زنده‌اند و قادر به تنفس، قادر به دیدن و یا شنیدن و لذت بردن از مواهب زندگی، قادر هستند که در کنار فرزندان و همسر خویش باشند و حتی می‌توانند اشتغال نیز داشته به مخارج خود و خانواده‌شان کمک کنند.

منابع

- سازمان بهداشت جهانی. (۱۹۸۰). **واژه‌نامه اصطلاحات روان پزشکی و بهداشت روانی**. (ترجمه: فرشاد بهاری و مریم کریمی، ۱۳۷۴). کرمانشاه: جهاددانشگاهی.
- اتکینسون، ریتا ل. اتکینسون، ریچاردسی. اسمیت، ادوارد ای. داریل، جی بم. هوکسما، سوزان نولن هیلگارد، ارنست ر (۱۹۸۳). **زمینه روانشناسی هیلگارد**. (ترجمه: محمد نقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضامانی، مهناز شهر آرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان، مهدی محی‌الدین، ۱۳۷۸). تهران: رشد.
- باچر، جیمز. میکا، سوزان. هولی، جیس. (۲۰۰۷). **آسیب شناسی روانی**. (ترجمه: یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). تهران: ارسباران.
- پور شهباز، عباس. (۱۳۷۲). **رابطه تعداد استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انستیتو روان پزشکی تهران.
- حسینی قدمگاهی، جواد. (۱۳۷۶). **کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونر قلب**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- خلیلیان، علیرضا. محسن زاده، رمضان و ضرغامی، مهران. (۱۳۷۹). **بررسی ارتباط بین عوامل استرس زای مدرسه و شکایات جسمانی در دانش‌آموزان شهرستان ساری در سال تحصیلی ۱۳۷۸ - ۷۹**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ساری: سال دهم. شماره: ۲۶. صفحه ۵۶ - ۶۱.
- دیویسون، جerald سی. جان، ام نیل. کرینگ، آن ام. (۲۰۰۴). **آسیب شناسی روانی**؛ ترجمه: مهدی دهستانی، ۱۳۸۷). تهران: ویرایش.
- سپینگتون، اندروا. (۱۹۸۹). **بهداشت روانی** (ترجمه: حمید رضا حسین شاهی برواتی، ۱۳۷۹). تهران: روان.
- سلطانی امر آبادی، مرضیه. (۱۳۸۱). **بررسی رابطه بین خلاقیت و شیوه‌های مقابله با استرس در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان اصفهان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- عطار، حمید. (۱۳۷۵). **ارتباط بین استرس شغلی و خشنودی شغلی و سلامت روان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انستیتو روان پزشکی تهران.
- غضنفری، فیروزه و قدم پور، عزت الله. (۱۳۸۷). **بررسی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد**. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال: دهم. شماره: سی و هفتم. ۴۷ - ۵۴.

فتوکیان، زهرا. غفاری، فاطمه. کیهانیان، شهر بانو. (۱۳۸۷). ارتباط عوامل استرس زای زندگی با بروز سرطان در مراجعه کنندگان به بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. دوره : ۱۶ . شماره : ۱ .

محمدی، سید داوود. ترابی، سید اسماعیل. غرایبی، بنفشه. (۱۳۸۷). ارتباط سبک‌های مقابله‌ای با هوش هیجانی در دانش آموزان. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران. سال: چهاردهم. شماره : ۲ . ۱۸۳ - ۱۷۶ .

موسسه شناختی بک. (۲۰۰۲). کاربرد شناخت درمانی در اختلالات هیجانی. (ترجمه: گیتی شمس، ۱۳۸۲). تهران: تیمور زاده، نشر طبیب.

هارولد، کاپلان. سادوک، بنیامین (۱۹۹۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. (ترجمه نصرت ... پور افکاری، ۱۳۷۹). جلد: دوم. تهران: شهر آب.

Bergin, A. Garfield ۱۷۶. S.(1994). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York, Chichester, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.

Sanderson. Catherine (2004). Health Psychology. London, Los Angelles: John Wiley & Sons.

Feltham. coline(2002) . controversies in psychotherapy and counselling ; london . thous andoaks. new delhi: sage publications.

Kmohr, wand. fann, rn (2003) . psychiatric mental health nursing (5 thed) philadelphia, baltimore, new york, london, buenousaires, hong kong, sydney, tokyo: lippincott williams & wilkins.

The effect of life stressing events and the strategies to cope with the Re-Emergence of PTSD the war injured in Kermanshah in 2010.

Abstract:

This study aims at determining the strategies to cope with the life stressing events aiming the injured with post trauma stress disorder (PTSD) and the injured without the stress disorder in Kermanshah. 60 injured randomly selected from among the injured living in Kermanshah. 30 suffering from PTSD and 30 others not suffering from it .the methodology was past – fact design. Pickle's life strategy event test , Belingez and Manot cope strategy and PCL were administered to both group. Data analysis with MANOVA, Pierson

correlation coefficient and T-test showed no significant difference between the injured with problem – oriented PTSD and without it, but there was a significant difference between the injured with PTSD and without it. also, there was a significant relationship between life stressing event assessed as dangerous and the effect-oriented cope strategy; however, there was no significant relationship between life stressing event assessed as neutral and the problem-oriented cope strategy.